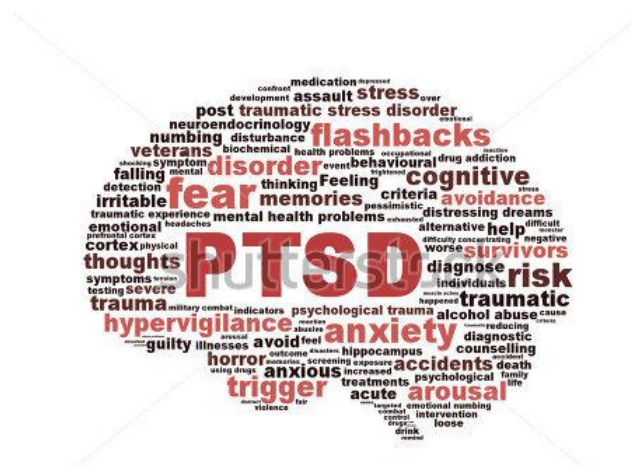


TRAVAIL DE BACHELOR

PTSD: syndrome de l'humanitaire?



Tiré de : www.shutterstock.com, 2012

DE RAEMY Arnaud - N° 08580425
MUNGWARAKARAMA Aurélien - N° 06324255
LAUPER Bruno - N° 07343015

Directrice: VILLOMMET Isabelle - Chargée d'enseignement HEDS

Membre du jury externe: SOREL Maxime - Infirmier

Genève, juillet 2012

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de « *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 24 juillet 2012

DE RAEMY Arnaud
MUNGWARAKARAMA Aurélien
LAUPER Bruno

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier chaleureusement notre directrice de mémoire, Mme I. Villommet qui s'est toujours montrée disponible, patiente, à l'écoute et ce, en faisant preuve d'une grande ouverture d'esprit et de confiance à notre égard ainsi qu'en nous prodiguant de précieux conseils. Nous sommes donc heureux qu'elle ait choisi de se consacrer à notre mémoire d'autant plus qu'il s'agit d'un sujet s'inscrivant dans un domaine qui lui tient à cœur.

Nous souhaitons également remercier M. M. Sorel qui a généreusement accepté d'être notre juré durant notre soutenance. Nous lui sommes ainsi reconnaissants de démontrer de l'intérêt pour notre travail et par conséquent, d'y consacrer du temps. D'autant plus que son expérience professionnelle infirmière rendra son regard critique envers notre mémoire, d'avantage constructif.

Nous remercions en outre, toutes les personnes que nous avons interviewées. Toutes se sont montrées sympathiques, disponibles, enthousiastes et à l'écoute de nos interrogations auxquelles elles ont su d'ailleurs, répondre de manière pertinente, ce qui nous a grandement aidé dans l'élaboration de notre travail.

Nous tenons aussi à dire merci à Mme B. Bourson, enseignante au sein de la HEDS ainsi qu'à M. D. Perrenoud, vacataire à la HEDS qui nous ont aidé dans l'initiation de notre mémoire en nous apportant d'intéressants conseils et de nouvelles pistes de réflexion. Eux aussi, se sont montrés disponibles et à l'écoute de nos questionnements.

Enfin, nous souhaitons remercier nos familles et nos proches qui nous ont soutenus tout au long de ce projet étudiant.

Table des matières

Remerciements	3
I. Résumé.....	5
II. Introduction	6
1. Motivations	6
2. Notre expérience de stage à l'étranger	8
a. Motivations.....	8
b. Evénements marquants	8
c. Facteurs favorisant l'apparition d'un traumatisme psychique	10
d. Stratégies d'adaptation	10
e. L'après stage	11
3. Thématique	11
4. Questions de recherche	12
5. Question principale et sous-questions.....	13
6. Hypothèses	14
III. Méthodologie	14
1. Outils de recherche	14
2. Population cible.....	15
3. Entretiens.....	17
4. Concepts clés.....	19
IV. Définitions et analyse des données	21
1. Définition du PTSD.....	21
2. Définition du soignant humanitaire	26
3. Historique de l'humanitaire	30
4. Historique du PTSD.....	33
5. Facteurs favorisant un PTSD chez les soignants humanitaires	38
6. Conséquences	41
7. Ressources	45
8. Prise en charge	53
V. Conclusion	66
VI. Bibliographie.....	72
Annexes	I
Annexe I: Lexique	II
Annexe II: Grille des questions	V

I. Résumé

Le syndrome de stress post-traumatique ainsi que le domaine humanitaire constituent conjointement le contexte de notre mémoire.

Les objectifs de ce travail sont d'apporter une vision holistique du PTSD en lien avec le domaine humanitaire en approfondissant certains aspects tels que les facteurs favorisant de cette pathologie, ses répercussions ou encore, les types de prises en soins existant pour faire face à cette atteinte psychique.

Concernant la méthodologie, celle-ci se résume à des recherches bibliographiques ainsi qu'à des entretiens semi-directifs avec des professionnels de la santé mentale et de l'humanitaire. En outre, nous nous sommes inspiré de l'expérience vécue lors du stage que nous avons effectué communément au Sénégal.

Les principaux résultats sont d'une part, que la définition ainsi que la prise en charge du PTSD ont grandement évolué et que celui-ci possède de nombreux facteurs favorisant et engendre de multiples conséquences physio-psycho-sociales. Et que d'autre part, le monde de l'humanitaire est désormais d'avantage en corrélation avec le domaine de la psychiatrie et que le PTSD est ainsi de nos jours, bien plus pris en compte.

En ce qui concerne les perspectives, celles-ci pourraient être des recherches plus centrées sur la profession infirmière dans l'humanitaire ainsi que sur diverses ONG moins connues. Une approche quantitative du sujet serait également pertinente avec des données statistiques probantes.

Mots-clés:

Humanitaire/Humanitarian

Syndrome de stress post-traumatique/Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

Travailleurs humanitaires/Aid workers

Santé mentale/Mental health

Stress/Stress

II. Introduction

Pour notre travail de Bachelor, nous avons décidé de traiter la thématique concernant l'impact psychologique qu'engendrent des missions humanitaires sur les soignants et plus particulièrement du syndrome de stress post-traumatique. Ce sujet nous intéresse particulièrement car nous sommes tous trois intéressés par la santé mentale et le monde de l'humanitaire. Nous pensons d'ailleurs nous orienter dans ces domaines durant nos carrières professionnelles. Ce travail a donc un aspect personnel puisqu'il nous a permis de développer nos connaissances du travail humanitaire, tout comme il nous a offert la possibilité d'appréhender les conséquences psychologiques que cette vocation peut causer chez les soignants.

Par ailleurs, nous pensons également qu'il s'agit d'un sujet important qui mérite d'être évoqué et développé. Il nous semble en effet, que certaines personnes souhaitant travailler dans des organismes humanitaires n'ont pas forcément pleinement conscience des répercussions que ce type d'engagement peut avoir sur leur santé mentale. Il nous paraît donc important que ceux-ci soient informés des difficultés psychologiques qu'ils pourraient rencontrer sur le terrain. D'autre part, nous souhaitons investiguer ce qui se fait dans les organisations humanitaires concernant la prise en charge de la santé mentale de leurs employés. En d'autres termes, savoir ce qui est mis en place et ce qui pourrait être amélioré.

De plus, nous avons réalisé un stage de six semaines au Sénégal qui nous a permis quelque peu d'expérimenter le domaine humanitaire. Nous avons ainsi pu nous rendre compte dans une moindre mesure, de certaines difficultés que les soignants pouvaient rencontrer sur le terrain.

1. Motivations

A présent, nous allons vous exposer individuellement les motivations que nous avons avant d'effectuer nos stages à l'étranger ainsi que dans le domaine psychiatrique et qui nous ont poussés à choisir cette problématique.

Arnaud:

Pour ma part, le domaine humanitaire m'a toujours intéressé. En effet, je pense que je me sentirais plus utile dans de tels projets de soins. Le partage interculturel est aussi une raison pour laquelle je songe à m'orienter dans ce secteur de la santé.

En ce qui concerne la psychiatrie, j'y porte un intérêt croissant depuis le commencement de mes études infirmières. En effet, le fait d'essayer de comprendre au mieux la complexité humaine sur le plan psychique m'attire de plus en plus.

Ainsi, effectuer ce travail de Bachelor sur ces sujets, certes différents l'un de l'autre mais fortement liés selon les situations de soins est pour moi, une grande opportunité de les aborder plus assidument. En outre, en ayant la chance de pouvoir faire mon stage au Sénégal, je pourrais comparer mes « a priori » avec mon vécu sur le terrain.

Aurélien:

Je connais personnellement des personnes ayant travaillé dans l'humanitaire qui m'ont toutes affirmé que cela avait été pour elles, une expérience très forte et marquante sur le plan psychologique. Elles ont été durablement marquées par des événements et des situations qu'elles avaient vécues et cela a parfois eu une influence non négligeable sur leur manière de travailler, d'appréhender leur environnement ou encore leur comportement. Je souhaiterais donc à travers ce travail de Bachelor, pouvoir découvrir les implications psychologiques que peuvent avoir ces missions humanitaires sur des professionnels de la santé.

Bruno:

Ce travail de Bachelor sera pour moi l'occasion rêvée de pouvoir me pencher sur des problématiques qui m'intéressent depuis bien longtemps. En effet, les voyages humanitaires m'ont toujours attiré. Après avoir parlé avec des personnes de mon entourage sur leur vécu de missions humanitaires qu'ils avaient effectuées, cela m'a donné envie de me sentir utile, comme eux, dans un environnement parfois hostile, précaire et dans lequel il faut parfois faire preuve de beaucoup d'imagination pour effectuer, au mieux, les soins attendus par les patients.

Enfin, l'impact que peut avoir une telle expérience fait partie de mes préoccupations primordiales et c'est pour cela également que j'ai choisi de partir au Sénégal avec mes camarades. Cela apportera certainement de l'émotion et de la crédibilité à notre travail.

La psychologie est également un sujet attrayant pour moi qui ai toujours beaucoup réfléchi sur le pourquoi du comment des choses, surtout par rapport à notre pensée. Cela sera donc un moment privilégié que de pouvoir me pencher sur ces sujets regroupés en un.

Arnaud-Aurélien-Bruno:

Suite à nos stages à l'étranger et en psychiatrie, nos motivations n'ont pas connu de changements majeurs mais elles ont toutefois été renforcées par ces expériences enrichissantes. Celles-ci nous ont permis de faire d'avantage de liens entre la théorie et la pratique et de mieux comprendre par conséquent la complexité de ce syndrome. De plus, les différents entretiens que nous avons menés depuis notre retour du Sénégal tel que celui effectué en présence de deux membres de MSF, nous ont confortés dans l'idée de poursuivre ce travail ainsi que dans la pertinence de notre questionnement.

2. Notre expérience de stage à l'étranger

Dans le cadre de notre cursus scolaire, nous avons eu l'opportunité de réaliser un stage de formation pratique à l'étranger et plus particulièrement au Sénégal. Cette immersion de six semaines en terre africaine s'est déroulée dans deux postes de santé relativement similaires, situés dans la région de Thiès et plus précisément à Sangalkam et à Niacoulrab. Ainsi, nous pensons qu'inclure cette expérience estudiantine dans notre travail de mémoire semble pertinent. En effet, nous sommes à-même de pouvoir comparer notre vécu au Sénégal avec certains points relevés et étudiés à travers ce projet de fin d'études et ce, même si nous avons conscience que notre aventure soignante n'était pas véritablement une mission humanitaire.

Par conséquent, nous avons décidé d'aborder certains thèmes que nous pouvons retrouver d'une part, à travers notre travail de mémoire et d'autre part, dans des engagements humanitaires organisés par des organismes internationaux tels que le CICR ou le PAM.

a. Motivations

Nos principales motivations étaient de découvrir un nouvel environnement social, culturel et sanitaire, de renforcer certaines compétences infirmières développées au préalable telles que l'autonomie, le sens de la responsabilité, les règles d'hygiène, la gestion des priorités, de confronter nos représentations avec la réalité du terrain, d'établir des liens avec la population, de comparer nos pratiques et de partager nos savoirs avec autrui ainsi que d'orienter d'avantage nos perspectives professionnelles.

Nous avons remarqué que nos motivations étaient assez communes et réalistes et que celles-ci ne se sont pas estompées au fil du stage.

b. Événements marquants

Ce stage nous a confronté à certains événements qui nous ont plus ou moins marqué et ceux-ci sont intégrés dans un contexte totalement différent du nôtre et qui initialement, peut engendrer certaines conséquences difficiles à vivre. En ce qui nous concerne, voir la souffrance endurée au quotidien par les Sénégalais ne nous a pas laissé indifférents. Celle-ci se caractérise par de nombreux aspects.

En effet, les prises en soins inadaptées découlent d'un manque de moyens sanitaires mis en œuvre au sein du système de santé et cela engendre par conséquent, de nombreuses complications physiques et psychologiques. Plus dur encore, celles-ci sont souvent irréversibles.

Autre point qu'il faut selon nous aborder, est le problème d'assainissement qui augmente considérablement le risque de co-morbidités chez les individus.

Nous avons pu observer une différence choquante entre la Suisse et le Sénégal concernant l'élimination des déchets. Pour anecdote, certains enfants s'amusaient avec des seringues utilisées et ce, au sein même de l'enceinte du dispensaire. Cela prouve en partie qu'avant de vouloir soigner ces gens, il faut bien comprendre le contexte dans lequel ils vivent et appliquer une éducation à la santé concrète et complète, touchant à tous les aspects comme justement le manque voire l'absence d'hygiène, pouvant induire de néfastes complications chez eux.

Evidemment, l'aspect financier prend aussi toute son importance puisqu'il est malheureusement lié selon nous, à la pauvreté, à l'insalubrité, à l'insécurité et surtout, à la corruption qui règne au sein de ce pays et du continent tout entier même. Les différences entre les dirigeants et la population sont conséquentes et démontrent toute l'injustice que peuvent vivre les Sénégalais. Ceci est donc également source de frustration pour nous et reflète une certaine impuissance de notre part. Et celle-ci a été par moments, difficile à accepter.

Certains aspects culturels nous ont aussi marqués. Par exemple, la prise en charge de la douleur nous a semblé totalement inexistante. Aucun traitement antalgique n'est administré, aucune évaluation n'est effectuée et lorsque les enfants expriment leur souffrance physique, ils se font sévèrement réprimander. Cela s'explique par le fait que l'expression de la douleur est perçue comme l'aveu d'une faiblesse et cela engendre la honte de la famille. Ceci va à l'encontre de nos valeurs professionnelles occidentales qui nous poussent à combattre la douleur le plus farouchement possible.

En outre, certaines personnes dont des professionnels exerçant dans divers postes de santé, ont tendance à consulter des guérisseurs. Nous n'avons aucunement l'intention de mettre en doute les compétences de ces derniers même si, ne soyons pas dupes, nombreux sont ceux qui profitent de la situation difficile dans laquelle se trouve le demandeur. Néanmoins, il nous a surpris de voir la plupart des gens se fier entièrement ou partiellement à ces pratiques culturelles, occultant par conséquent la possibilité de se faire traiter par des soins médicaux. Nous respectons cette différence mais certains dires nous ont laissé toutefois perplexes. Par exemple, une aide-infirmière formée et éduquée dans le milieu de la santé croyait fermement en l'existence d'hommes capables de faire disparaître des organes génitaux par simple contact.

De plus, la mentalité que la plupart des gens démontre là-bas reflète un certain fatalisme qui même si nous le comprenons, a engendré de la frustration chez nous. En effet, il était parfois difficile d'accepter que certaines personnes refusent d'être soignées convenablement à cause de leurs croyances et représentations propres et ce, par rapport d'une part au continent sur lequel ils vivent et qu'ils perçoivent généralement comme une partie du monde qui sera toujours pauvre et donc inférieure aux autres et d'autre part, aux maladies liées selon eux, à la honte et à la culpabilité.

c. Facteurs favorisant l'apparition d'un traumatisme psychique

Il existe de nombreux facteurs personnels ou environnementaux capables de favoriser l'émergence d'un trauma psychique.

Au niveau personnel, des représentations erronées peuvent engendrer des distorsions cognitives. L'écart existant entre la réalité et ces idées préconçues peut alors engendrer frustration, déception et culpabilité.

Par ailleurs, une mauvaise préparation à ce type de voyage interculturel peut réduire notre capacité d'adaptation. De même qu'un manque de ressources personnelles et environnementales sur le terrain, diminue à nouveau l'aptitude à s'intégrer correctement au contexte de vie dans lequel nous nous trouvons.

En outre, il faut selon nous, jouir d'une certaine stabilité émotionnelle qui fait donc référence d'une part à notre psychologie et d'autre part, à notre état physique au moment du départ.

Notre passé joue également un rôle dans notre structure intrapsychique actuelle. Effectivement, les expériences vécues au préalable influent sur notre manière de penser et d'agir et peuvent autant nous pénaliser que nous aider selon les situations rencontrées. Ainsi, dans le cas d'un contexte difficile à vivre, il peut devenir compliqué de trouver les mécanismes d'adaptation adéquats et par conséquent, de pouvoir poursuivre son fonctionnement cognitivo-comportemental habituel.

En conclusion, nous pouvons dire qu'une résilience de base est primordiale pour pouvoir s'adapter à des situations complexes et stressantes de part notamment, un environnement hostile (chaleur, insectes, manque d'hygiène, insécurité, etc.). Il faut donc être capable de puiser dans nos ressources et surtout être apte à en découvrir de nouvelles, sans quoi cela peut nous amener à une fragilisation de notre état psychique.

d. Stratégies d'adaptation

Face à un contexte difficile, il est très important d'avoir de bonnes stratégies d'adaptation. Dans notre cas, celles-ci consistaient à parler entre nous de nos ressentis et de notre vécu et de partager nos opinions avec notre responsable ainsi que son oncle. Nous profitons également des week-ends pour nous relaxer et visiter le pays. Nous pouvons dire en outre, que les relations établies avec les membres des équipes soignantes avec lesquels nous avons collaboré, nous ont servi de ressources. Des activités comme la lecture, la musique ou le football constituaient aussi des moyens de relâcher la pression.

e. L'après stage

Ce stage à l'étranger a été pour nous, une expérience très riche et marquante qui a changé certaines de nos perceptions par rapport à notre mode de vie et de manière plus globale, par rapport à la nature humaine actuelle. En effet, lors de notre retour en Suisse, il nous a fallu quelques temps de réadaptation. Nous nous sentions en décalage par rapport à notre environnement. L'opulence occidentale était d'autant plus choquante que nous avons vécu plusieurs semaines dans un milieu précaire.

Par ailleurs, nous avons pu nous rendre compte qu'il est difficile de parler de notre expérience avec des personnes de notre entourage qui ne pouvaient comprendre nos ressentis. C'est pourquoi, dès notre retour, nous nous sommes régulièrement revus entre nous afin de pouvoir nous exprimer sur ce que nous avons vécu en commun.

« En deux mots »

Notre formation pratique effectuée au Sénégal nous a permis de vivre une expérience possédant certaines similitudes avec une mission humanitaire.

Tout contexte de soin est potentiellement capable de générer des émotions fortes et ce, encore plus lorsque les normes et habitudes sont bouleversées. Nous avons donc pu dégager certains éléments qui peuvent favoriser ou au contraire contrer l'émergence d'un traumatisme psychique (motivations, événements marquants, facteurs favorisant l'apparition d'un traumatisme psychique, stratégies d'adaptation et conséquences).

3. Thématique

Lorsque nous avons commencé à réfléchir sur la thématique de notre travail, celle-ci se portait sur les difficultés d'ordre psychologique rencontrées par les infirmiers lorsqu'ils effectuaient divers projets humanitaires. Nous souhaitions effectivement en savoir davantage sur les causes de ces problèmes, les conséquences engendrées par ceux-ci ainsi que les solutions apportées afin de régler ces conflits intérieurs. Cela pouvant permettre aux personnes voulant faire de l'humanitaire de savoir quels sont les écueils qu'ils risquent de rencontrer et éventuellement de développer des techniques préventives afin de s'y préparer.

Par la suite, nous avons recentré notre approche psychologique sur la notion de stress post-traumatique. En effet, au cours de nos recherches de documentations ainsi que notre premier entretien, cette thématique psychologique est clairement ressortie. Toutefois, notre intérêt ne s'est pas limité à elle et s'est

également porté sur les autres types de traumatismes susceptibles d'être rencontrés sur le terrain par les intervenants humanitaires.

Grâce à nos interviews et nos discussions avec nos enseignants, de nouveaux éléments nous sont apparus. Nous avons voulu ainsi connaître l'envergure du soutien psychologique proposé par les organisations humanitaires. Il nous semblait en effet, intéressant d'analyser l'élaboration d'un programme de soutien et de connaître ses enjeux. Il nous a paru également important de savoir ce qui est mis en place en pré, per et post mission.

Ensuite, nous nous sommes demandé si nos recherches et nos interviews nous permettraient d'obtenir suffisamment de matière pour réaliser un travail conséquent. Notre sujet porte effectivement sur un thème relativement peu documenté et la prise en charge psychologique des travailleurs humanitaires n'est actuellement que très peu développée. Nous avons craint par ailleurs que notre travail ne devienne trop spécifique si nous nous concentrons exclusivement sur l'état de stress post-traumatique. Nous aurions ainsi perdu l'approche plus globale que nous souhaitions lui donner au départ.

Les difficultés liées à la pauvreté des sources traitant de notre thématique nous ont accompagnées tout au long de nos recherches. Néanmoins, les personnes que nous avons interviewées ainsi que nos enseignants nous ont donné des pistes intéressantes qui nous ont été d'une grande utilité. Cependant, nous avons parfois douté de la pertinence de nos apports théoriques car nous n'avons, hormis notre stage au Sénégal, aucune expérience de terrain dans le domaine humanitaire.

En conclusion, et à l'heure où nous effectuons le travail final, nous pouvons constater que certains aspects du travail ont évolué. En effet, nous avons pu étoffer notre savoir sur le sujet puisque nous avons effectué d'avantage de recherches depuis ce qui a été écrit ci-dessus. Par conséquent, nos pistes de réflexion ont certes été parfois modifiées mais elles ont été surtout approfondies et délimitées.

4. Questions de recherche

Pour notre travail de Bachelor, nous avons décidé de parler de l'impact psychologique du travail humanitaire chez les professionnels de la santé. Nous avons dû ainsi établir certaines questions afin de définir d'avantage les thèmes que nous souhaitons explorer et par conséquent, de mieux structurer notre approche dans ce travail. Les premières interrogations qui ont émergé au début de ce mémoire sont les suivantes:

- 1) Quels types de situations ont engendré le plus de traumatismes psychologiques chez les infirmiers ayant travaillé dans l'humanitaire?
- 2) Quels facteurs ont une influence sur nos capacités à gérer de telles situations?

- 3) L'expérience dans d'autres domaines de la santé est-elle indispensable pour pouvoir être apte à se consacrer à de tels engagements humanitaires?
- 4) Quels moyens, s'il en existe, ont-été utilisés par les infirmiers afin de remédier à leurs problèmes?

Par le biais de ces questions, nous avons abordé des notions se rapportant au stress post-traumatique et au travail humanitaire telles que les facteurs favorisant, les symptômes, les prises en charge ainsi que les conséquences de ce trouble. En ce qui concerne le travail humanitaire, nos interrogations se sont portées plus particulièrement sur les buts, les différents types d'engagements, les difficultés rencontrées et les ressources utilisées, les intervenants, les données statistiques, les coûts ainsi que les perceptions des soignants en pré-per et post-mission humanitaire.

Ayant approfondi nos recherches, nous nous sommes rendus compte que nous ne pouvions nous focaliser uniquement sur la profession infirmière et qu'il était préférable de délimiter celles-ci en se consacrant d'avantage sur le stress post-traumatique et non sur d'autres pathologies d'ordre psychologique.

5. Question principale et sous-questions

Suite aux discussions entretenues avec notre directrice de mémoire qui ont abouti à des ajustements, nous avons développé une question principale comprenant plusieurs sous-questions. Celles-ci sont:

Le PTSD existe-il dans le monde des soignants humanitaires et si oui, quelles en sont les répercussions?

A travers cette question principale, notre but est d'observer comment le PTSD est présent dans le milieu des soignants humanitaires et s'il constitue un véritable problème de santé mentale nécessitant d'être traité.

- 1) Qu'est-ce que le PTSD?
- 2) Qu'est-ce qu'un soignant humanitaire?
- 3) Quels sont les différents types de prise en charge du PTSD dans les organisations humanitaires?
- 4) Quels sont les facteurs favorisant un PTSD chez les soignants humanitaires?
- 5) Quelles sont les répercussions du PTSD sur les soignants travaillant dans l'humanitaire?
- 6) Quelles sont les ressources dont disposent les soignants humanitaires pour faire face au PTSD?

L'objectif que nous souhaitons atteindre à travers ces différentes sous-questions est d'aborder de multiples thèmes afin de traiter la problématique de manière approfondie.

6. Hypothèses

En lien avec ces différentes questions, nous avons élaboré certaines hypothèses:

Le PTSD est particulièrement présent dans le milieu humanitaire.

Le PTSD affecte d'avantage les jeunes soignants humanitaires que ceux plus expérimentés.

La prise en charge de ce trouble n'est pas assez conséquente.

Cette pathologie reste encore un tabou.

Les répercussions de cette affection psychologique peuvent être très graves voire mortelles.

Ce trouble a été mis en exergue suite à la guerre du Viêt-Nam.

III. Méthodologie

1. Outils de recherche

Pour répondre à ces questions et décrire ces notions, nous avons choisi d'utiliser des outils scientifiques traitant du PTSD en lien avec le travail humanitaire. Une approche qualitative nous a permis d'avoir une vision précise de notre sujet. Notre travail se base notamment sur des articles de recherches, des sites internet spécialisés, des ouvrages et des revues médicales. Nous avons trouvé différents documents grâce aux bases de données, à nos recherches sur internet et au centre de documentation ainsi qu'avec l'aide des bibliographies distribuées par les enseignants.

Les mots clés que nous avons employés lors de nos recherches bibliographiques sont: « humanitarian work », « mental health », « aid workers », « PTSD », « resilience », « stress », « humanitaire », « soignants », « infirmiers », « syndrome de stress post-traumatique », etc.

Nous avons cependant rencontré certaines difficultés liées au manque de documents car il s'agit d'un thème encore peu évoqué dans la littérature. De plus,

malgré que le stress post-traumatique soit considéré comme une véritable pathologie psychiatrique, il est parfois sous-évalué par les intervenants humanitaires et certaines organisations. Nous avons par ailleurs dû la plupart du temps, nous contenter d'articles en anglais ou encore de textes ne traitant pas des soignants mais des travailleurs humanitaires en général.

En outre, les conseils et informations prodigués par nos contacts (notamment lors des entretiens) et notre directrice de mémoire ont été des atouts majeurs dans la production de notre travail. Bien évidemment, notre stage au Sénégal nous a aussi permis de mieux appréhender la problématique. Quant aux autres outils, ceux-ci ont été utiles dans la structuration de notre travail et nous ont aidé à approfondir nos démarches réflexives et ce notamment, sur des points auxquels nous n'avions pas prêté attention.

Nous avons toutefois remarqué qu'il est difficile de prendre contact avec des personnes travaillant dans l'humanitaire et d'autant plus lorsque celles-ci sont affectées sur le plan psychologique. Les obstacles principaux à la réalisation d'un entretien sont d'une part que ces personnes sont souvent en déplacement dans le monde entier et d'autre part, qu'il est toujours délicat d'aborder un traumatisme sans réveiller d'anciennes blessures. D'ailleurs, nous n'avons malheureusement pas pu interviewer de personnel humanitaire ayant véritablement subi de traumatisme psychologique.

2. Population cible

En débutant notre travail, nous souhaitions principalement interviewer des infirmiers ayant travaillé dans l'humanitaire et ayant été victimes de traumatismes. Cependant, dès notre entretien exploratoire et après en avoir discuté avec les enseignants qui nous suivaient, nous nous sommes rendu compte des difficultés que cela impliquait.

Tout d'abord, nous n'avons pas pu trouver de documentation spécifique au métier d'infirmier en milieu humanitaire. Nous avons par conséquent dû élargir notre population cible.

Par ailleurs, nous avons dû réduire nos recherches en nous fixant principalement sur le PTSD car il semblait judicieux de ne pas évoquer d'autres pathologies psychiatriques afin de ne pas s'égarer. Toutefois, nous avons mentionné d'autres types de stress. Ceci nous permettant de compléter nos connaissances sur le syndrome de stress post-traumatique.

En outre, comme nous l'avons déjà évoqué dans nos difficultés méthodologiques, les soignants humanitaires sont souvent en déplacement aux quatre coins du monde. Leurs disponibilités pour d'éventuels entretiens sont donc fortement réduites. Lorsqu'ils reviennent en Suisse, c'est souvent pour une courte durée et ils souhaitent principalement se reposer et profiter de leurs proches.

Par ailleurs, il nous semblait délicat d'un point de vue éthique d'interviewer des personnes ayant souffert de traumatismes entraînant des séquelles

psychologiques. Nous aurions pu raviver des blessures profondes et mal cicatrisées. Cela aurait rendu par conséquent, les entretiens difficiles à gérer. Il nous aurait fallu faire attention à chacune de nos questions et peser nos mots.

Nous avons également dû cibler les organisations internationales dont nous voulions parler afin de ne pas nous éparpiller et que notre travail ne perde pas en pertinence. Nous supposons de plus que certaines organisations sont peu enclines à parler de problématiques telles que les traumatismes survenant dans le cadre professionnel humanitaire.

Nous avons finalement décidé d'interviewer des personnes ayant des postes de responsables au sein du CICR et de MSF. En effet, les responsables de mission et des programmes de soutien psychologique sont les plus à même de nous renseigner sur ce qui est mis en place dans leurs organisations. Ils possèdent il est vrai, une vue d'ensemble ainsi que des données statistiques qui nous ont été utiles dans la réalisation de notre travail. Le CICR et MSF se sont donc imposés à nous comme les principales organisations humanitaires présentes à Genève et ce sont celles-ci qui possèdent les programmes de soutien psychologique les plus développés d'après nos recherches.

Nous avons également interviewé deux personnes du domaine de la santé ayant réalisé des missions humanitaires par le passé afin de connaître leur vécu ainsi que leur opinion vis-à-vis de notre thématique. Il s'agissait plus précisément d'une enseignante de la HEDS ayant œuvré principalement au Liban et d'une psychologue spécialisée dans les troubles psychiques consécutifs à une mission humanitaire.

Pour mieux démontrer la population cible avec laquelle nous avons collaboré, nous avons élaboré le tableau suivant:

<u>Sexe</u>	<u>Profession</u>	<u>Lieu d'exercice</u>	<u>Age</u>
Féminin	Psychologue	Genève	52 ans
Féminin	Enseignante	Genève	40-50 ans
Masculin	Retraité-Ancien délégué du CICR	Genève	62 ans
Masculin	Responsable au niveau des ressources humaines chez MSF	Genève	41 ans
Masculin	Responsable au niveau des ressources humaines chez MSF	Genève	37 ans

Ainsi, nous pouvons constater qu'il y a eu une évolution constante dans nos démarches réflexives et que celles-ci ont été relativement prolifiques puisqu'elles nous ont permis de mieux structurer notre travail et de maintenir une certaine pertinence dans ce que nous avançons à travers celui-ci.

3. Entretiens

Pour réaliser notre travail de Bachelor, nous avons décidé de réaliser des entretiens semi-directifs. Cette méthode d'entretien nous a semblé la plus pertinente car elle permet de connaître l'avis de la personne interviewée sur notre sujet. Les questions ouvertes offrent la possibilité de développer davantage les réponses données et même d'ouvrir d'autres perspectives. Nous souhaitons également souligner que notre travail repose plus sur une démarche qualitative que quantitative. Effectivement, l'approche humaniste a primé sur les aspects statistiques et numériques. Il faut dire que la pauvreté des articles sur le sujet nous a indirectement orientés vers une analyse qualitative de la problématique.

Voici ci-dessous la grille de questions que nous avons élaborée puis utilisée pour réaliser nos entretiens:

- 1) Pourriez-vous vous présenter brièvement et nous raconter votre parcours professionnel?
- 2) Etes-vous déjà parti en mission? Comment cela s'est-il passé?
- 3) Quel est le profil type des engagés humanitaires?
- 4) Quel genre de difficultés rencontrent-ils sur le terrain? Puis à leur retour?
- 5) Quel soutien, qu'il soit personnel ou institutionnel, est mis en place pour le personnel humanitaire?
- 6) Quels seraient, d'après vous, les éléments à mettre en place pour un bon soutien psychologique au sein des organismes humanitaires?
- 7) Quelles sont les difficultés rencontrées pour effectuer un soutien psychologique efficace au sein d'une équipe professionnelle?
- 8) Qu'est-ce qui, d'après vous, motive les travailleurs humanitaires à rechercher un soutien psychologique ou, au contraire, à fuir toute forme d'aide?
- 9) D'après vous, quel impact ont les traumatismes psychologiques sur le monde humanitaire? Quels sont ces traumatismes?
- 10) Que pensez-vous de l'impact de la prévention de ces traumatismes sur les travailleurs humanitaires?
- 11) Quel est l'avenir des travailleurs humanitaires ayant subi de tels traumatismes?
- 12) De quelle manière le sujet est-il abordé au sein de votre association?
- 13) Que pensez-vous de l'évolution de l'état de stress post-traumatique sur le terrain?

Lors de nos entretiens, la majorité des questions de notre guide a reçu une réponse avant même que nous les posions. En effet, les interviewés répondaient généralement de manière spontanée et malgré le fait qu'ils aient pu parfois passer du coq-à-l'âne, leurs propos restaient cohérents. Nous avons ainsi eu un suivi logique concernant les informations qu'ils nous donnaient et nos attentes ont été comblées. Ceci prouve donc qu'il n'y a pas eu d'incompréhensions.

Nous n'avons pas ajouté de questions à proprement parlé mais nous avons surtout rebondi sur les propos des personnes interviewées.

Notre première interlocutrice nous a été conseillée par une enseignante car il s'agit d'une ancienne infirmière ayant travaillé dans l'humanitaire et s'étant reconvertie dans le soutien psychologique aux professionnels exerçant dans ce domaine. Elle remplit donc les caractéristiques que nous recherchions chez les personnes à interviewer au début de notre travail.

Le deuxième entretien s'est effectué en présence d'un ancien délégué du CICR ayant réalisé plusieurs missions à l'étranger en tant que responsable d'équipe. Il nous a été conseillé par un enseignant qui nous a suivis lors de l'élaboration de la première partie de notre travail de Bachelor. Les éléments majeurs ressortis de cette interview se sont plus portés sur les rôles propres de l'activité et du travailleur humanitaires. Malgré l'obtention de peu d'informations sur le thème des programmes de soutien psychologique offert aux intervenants humanitaires, les données reçues de sa part ont été très utiles pour la poursuite de notre travail.

Le troisième entretien lui, a été réalisé avec une enseignante de notre école qui a effectué par le passé des missions humanitaires au sein du CICR. Elle a notamment été désignée cheffe d'équipe au Liban et a dû instaurer et maintenir un programme de santé là-bas. Son témoignage nous a amené bon nombre d'informations sur la fonction de soignant en milieu humanitaire, sur les difficultés du terrain telles que le sentiment d'impuissance ainsi que sur les répercussions sur le plan physio-psycho-social que celles-ci engendrent.

Quant au dernier entretien, celui-ci s'est déroulé avec deux membres de MSF Suisse qui ont exercé par le passé à l'étranger en tant que soignants. Actuellement, l'un dirige à distance des équipes travaillant sur le terrain et s'occupe également de traiter certaines candidatures. Quant à l'autre, il a un poste au sein des ressources humaines et a contribué à la création du programme de soutien psychologique de MSF. Cet entretien, malgré la matière conséquente sur le sujet que nous avons déjà acquis, nous a permis d'avoir une approche holistique du monde humanitaire et de percevoir les méthodes employées par MSF.

Certains interlocuteurs étaient quelque peu agités au début des entretiens mais ils se sont peu à peu détendus au fil des questions. Ils ont en revanche tous montré une certaine réceptivité et ont répondu à nos questions avec enthousiasme. Nous avons tout de même remarqué que l'un d'entre eux détournait quelques réponses à certaines de nos questions délicates. Il nous a par ailleurs fait comprendre qu'il ne possédait pas les connaissances requises pour répondre à nos interrogations concernant l'aspect médical des traumatismes vécus par les humanitaires (PTSD, PTSS, STS, etc.). Il nous a cependant orientés vers d'autres sources bibliographiques qui nous ont été très utiles par la suite.

Nous nous sommes sentis à l'aise lors des entretiens car nos interlocuteurs ont su nous mettre en confiance en utilisant un vocabulaire franc et direct (avec quelques expressions d'argot) et en utilisant l'humour à plusieurs reprises. Nous n'avons par contre absolument pas pu suivre notre guide d'entretien durant le deuxième entretien. En effet, dès notre première question, l'interviewé s'est montré très labile. Nous avons donc préféré rebondir sur ses remarques et le relancer avec les questions de notre guide qui nous semblaient avoir été négligées. En définitive, nous avons pu répondre à toutes nos questions mais pas dans l'ordre que nous avons établi initialement. Les principales difficultés que nous avons rencontrées concernaient surtout notre environnement qui était un peu trop bruyant.

Lors de chaque entretien (qui était au nombre de quatre), nous avons commencé par nous présenter ainsi qu'expliquer les raisons de notre rencontre. Nous avons poursuivi en instaurant un cadre, nous permettant ainsi de maintenir un certain fil conducteur dans nos questions. Nous avons également déterminé le temps nécessaire pour l'interview et nous avons bien précisé que ce travail était basé sur le principe de confidentialité. D'ailleurs, étant donné que nous sommes tenus par le secret professionnel, nous avons retranscrit nos entretiens anonymement. Il nous a semblé en outre important de bien définir les rôles de chacun. Ainsi, pendant que l'un écrivait les réponses de l'interlocuteur, les deux autres écoutaient plus assidument et relançaient certaines questions si nécessaire. Toutefois, chacun était libre d'intervenir lorsqu'il le souhaitait. Même si nous étions principalement concentrés sur les propos de l'interviewé, nous n'avons pas négligé l'aspect non-verbal de ce dernier. En effet, nous avons constamment observé son comportement ainsi que ses mimiques, s'il en avait.

Les entretiens ont généralement duré entre une heure et demi et deux heures et se sont déroulés dans des lieux (cafés) chers aux interviewés. Ces lieux ont donc été choisis par nos interlocuteurs. Même si ce genre d'endroits ne favorise pas la confidentialité et la tranquillité (nous avons été interrompus à plusieurs reprises par de la musique, des serveurs ou des discussions parasites, etc.), les personnes interviewées se sont senties assez à l'aise pour s'exprimer librement sur des sujets difficiles. Nous avons donc dû faire preuve d'adaptation et de compréhension.

4. Concepts clés

Afin de mieux comprendre le sujet de notre mémoire, il a semblé nécessaire de définir plus profondément et ce, sous forme de citations, certains termes et concepts se rapprochant du syndrome de stress post-traumatique. En effet, la thématique que nous avons choisie ne peut être selon nous, comprise concrètement par des personnes peu familières avec ce sujet si certains aspects de celle-ci ne sont pas représentés. Effectivement, le syndrome de stress post-traumatique comporte une dimension psychiatrique qui, comme toutes les autres pathologies psychiques, est abstraite et peut donc parfois être difficile à analyser.

En résumé, il était indispensable selon nous, de réaliser un lexique que nous avons mis en annexe, permettant ainsi aux lecteurs de ce travail, de mieux cerner nos propos et par conséquent, les thèmes abordés. Pour ce faire, nous avons regroupé par thématiques, les différents concepts utilisés dans ce travail. Ainsi, nous avons pu mettre en exergue cinq thèmes. Ceux-ci sont:

- Le stress, pour comprendre ce qu'il représente et ce qu'il engendre
- Le mécanisme du traumatisme, afin d'entrevoir la complexité d'un traumatisme
- Les conséquences du traumatisme, pour mieux appréhender l'impact d'un traumatisme psychique chez un individu
- Les ressources psychiques personnelles, afin de cerner les principaux mécanismes protecteurs utilisés par un traumatisé
- Le defusing, car il constitue une phase importante de la prise en charge d'une personne

Nous avons choisi ces thématiques car elles sont selon nous, essentielles dans la présentation de notre travail. En effet, en représentant celles-ci, cela nous permet d'instaurer et de maintenir un certain fil conducteur au sein de notre mémoire.

IV. Définitions et analyse des données

1. Définition du PTSD

Voici la définition exacte du PTSD selon le DSM IV (1994):

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

(2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. NB : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

(1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.

NB : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

(2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.

NB : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

(3) impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication).

NB : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.

(4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.

(5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

(1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.

(2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.

(3) Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.

(4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

(5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

(6) Restriction des affects (par ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres).

(7) Sentiment d'avenir « bouché » (par ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu

(2) irritabilité ou accès de colère

(3) difficultés de concentration

(4) hypervigilance

(5) réaction de sursaut exagérée

E. La perturbation (symptômes de critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

Le problème avec le DSM IV est que celui-ci ne porte pas d'intérêt à l'état de stress post-traumatique propre. Il ne fait effectivement que recenser les différents mécanismes d'adaptation du sujet. Le diagnostic PTSD ne peut donc traduire à lui seul toutes les conséquences psychologiques, physiologiques et sociales, à long terme, du patient. Il s'agit en effet d'un trouble vaste et complexe. Ainsi, il nous semblait nécessaire d'approfondir la définition du PTSD en reprenant certains points déjà traités dans le DSM IV et en amenant d'autres.

Tout d'abord, nous voulions préciser que les théories psychanalytiques de Freud et notamment celles concernant la névrose ont servi de précurseurs dans la découverte et la définition de ce syndrome. Le terme de névrose traumatique (qui est donc la répétition d'un traumatisme) est d'ailleurs encore utilisé en France.

A savoir également qu'il existe différents types et sous-types de stress. En effet, celui-ci peut être aigu, chronique, immédiat ou différé. Il est d'autant plus accentué par les facteurs favorisants que nous développerons plus en aval.

Concernant le stress traumatique, ce dernier survient lorsqu'une personne rencontre la mort de manière soudaine et doit faire face à sa vulnérabilité, créant ainsi un sentiment d'effroi, d'horreur et d'impuissance. Cela crée un véritable traumatisme psychique. Il s'agit selon F. Lebigot (2004), de la rencontre avec le réel de la mort qui est irreprésentable pour notre psychisme. Cela veut dire que la personne en question ne mentalise pas l'événement brutal vécu. Sur le moment, la personne n'a pas forcément conscience de l'impact du traumatisme subi auparavant. Un événement anodin peut alors plus tard, déclencher des troubles sérieux tels que des « flash-backs », des cauchemars et des souvenirs lancinants.

Ce trouble contient donc deux phases. Effectivement, il y a une réaction de stress immédiate à l'événement brutal subi (stress immédiat) puis, une autre plus tardive induisant des symptômes qui apparaissent au minimum un mois après le traumatisme (stress post-traumatique). Cette période asymptomatique est appelée par les personnes œuvrant en psychiatrie « temps de latence ».

De manière plus précise, le PTSD contient ainsi plusieurs phases d'évolution. La première d'entre elles comprend l'événement traumatique en lui-même. La seconde étape concerne l'état de santé mentale de la personne au moment de l'événement. Ensuite, certains souvenirs font irruption dans la psyché, ce qui constitue la troisième phase. Ceux-ci vont influencer l'état psychique de la personne, ce qui représente la quatrième étape.

Par ailleurs, il existe différentes manières d'être atteint d'un traumatisme en tant que soignant, telles que:

- L'exposition directe à un événement traumatique (par exemple, la guerre)
- La contagion qui consiste en la transmission directe d'affects perturbateurs d'une victime à l'intervenant
- Le traumatisme indirect qui est plus lié à la narration choquante d'un événement

- L'effet cumulatif qui se traduit par des événements douloureux successifs qui entraînent un excès de souffrance (l'intervenant va généralement dans ce cas-ci, décompenser là où personne ne s'y attend)
- Le réveil de traumatismes personnels qui se caractérisent par la réapparition d'événements traumatisants conscients ou inconscients du passé et qui ont souvent un lien avec les générations précédentes (il y a donc une notion systémique qui fait surface dans ce type de traumatisme)
- Le transfert du trauma du travailleur humanitaire au soignant (ce sujet à néanmoins été peu étudié jusqu'à maintenant)

Quel que soit le type d'atteinte traumatique, l'intensité et la durée du trauma dépendent bien évidemment de la structure interne de la personne et en partie également de sa culture.

Il existe par ailleurs, des traumatismes dits « de masse ». Ces traumatismes collectifs peuvent concerner une famille, un groupe voire même une population toute entière. Ce qui distingue ces traumatismes collectifs des traumatismes individuels, c'est le repli sur soi, qui s'installe notamment lorsque l'entourage du traumatisé ne peut comprendre ce qu'il a vécu. Il s'agit d'un symptôme récurrent chez les gens souffrant de PTSD. En outre, le trauma collectif ne se résume pas à la somme des traumas individuels, il est bien plus complexe que cela. Selon N. Zadjé (1995), celui qui souffre de ce type de trouble est le plus à même de s'exprimer sur le sujet car il en a pleinement conscience.

Par contre, l'événement traumatique n'est pas forcément intégré par le sujet-même car celui-ci n'est pas nécessairement doté d'une logique. Certains s'en remettent d'ailleurs parfois à ce qui se rapporte du phénomène divin pour mieux comprendre leur souffrance. Lorsqu'une personne est atteinte de PTSD, celle-ci doit justement réussir à mentaliser et intégrer le trauma et doit être consciente que la psyché est liée au soma car le clivage de ces deux entités est fréquent. Généralement, la personne lésée va soit refouler le traumatisme, soit le répéter (« traumatophilie »).

Autre notion importante, l'expérience traumatique. Celle-ci, tout comme le traumatisme, peut se répéter. Toutefois, elle se distingue de ce dernier car elle se transmet aux autres. Par ailleurs, elle permet le développement de soi en rapport avec autrui. Elle comprend de plus, l'expérience personnelle et les ressentis qui en découlent. Il y a donc une distinction à faire entre l'« éprouvé » et le « vécu ». En outre, celle-ci se constitue également à travers l'apprentissage (« l'appris ») et la recherche (le « recherché », l'« expérimenté »). Le concept de recherche s'appuie surtout sur les émotions de sexe et de mort et se rapproche ainsi plus à l'enfant et à l'adolescent qu'à l'adulte.

Nous allons maintenant poursuivre notre travail en vous parlant des principaux troubles qui peuvent survenir en l'absence de processus adaptatifs: état aigu de stress, PTSD, décompensations d'états psycho-pathologiques antérieurs, troubles psychosomatiques, conséquences psychologiques à moyen et long terme, pertes, deuils traumatiques et dépressions. Tous ceux-ci constituent la catégorie des troubles avérés.

Concernant l'état de stress aigu de manière plus précise, celui-ci survient directement après l'événement (menace mortelle) et son degré de gravité peut varier. Evidemment, il se démontre par des réactions de stress et ceci est dû au fait que la psyché est débordée et n'arrive donc plus à contenir les tensions internes. La conséquence majeure de ce trouble avéré est l'apparition d'une anxiété généralisée mêlée à d'autres signes cliniques tels que la confusion, la désorientation et l'agitation désordonnée, la fuite panique, l'action automatique et la sidération. Cela engendre généralement un comportement inhabituel et inadéquat. Cette réaction physiologique (réaction du système sympathique) et psychologique est ce que nous appelons le « stress dépassé ».

Il existe encore d'autres troubles compris dans les états aigus, comme les « états de conversion hystérique » (causent la paralysie d'une jambe, une astasie-abasie (incapacité à se tenir debout) ainsi qu'une anesthésie), les « états douloureux » (au niveau des membres, du cerveau, des articulations et toute autre douleur psychosomatique), les « états confuso-oniriques » (hallucinations et confusion mentale) et les « états psychotiques post-traumatiques » (sont des états psychotiques spécifiques car ils contiennent un facteur de stress apparent; se manifestent par une désorientation, des hallucinations, des idées délirantes, etc.).

Les états aigus sont diagnostiqués lorsque les symptômes durent plus d'un jour et moins d'un mois. Ensuite, le patient retourne généralement à son état psychologique normal. Par ailleurs, ces troubles apparaissent souvent chez les torturés.

Il existe aussi les décompensations de troubles psychiques antérieurs, qui sont également appelées « psychoses secondaires à un traumatisme ». Celles-ci apparaissent souvent dans des situations traumatisantes de longue durée, comme les guerres. Comme les autres troubles, elles dépendent de la vulnérabilité de base du sujet d'où le fait que, selon les professionnels de la santé, personne n'est à l'abri de souffrir d'un traumatisme. Cette vulnérabilité reflète en partie la structure inconsciente de la personnalité de l'individu en question. Elle se réfère au narcissisme primaire de celui-ci. Le sujet va alors se dévaloriser et renvoyer une image de lui-même à l'égard d'autrui comme quelqu'un de faible.

Par ailleurs, d'autres troubles comme les « réactions psychosomatiques » sont connus. Celles-ci par exemple, sont souvent présentes dans les contextes humanitaires. Leur diagnostic est malgré tout plus porté sur les affections somatiques que psychiques. Il est à noter que dans certaines régions du monde comme la Sierra Leone, le corps est dissocié de la psyché. Ainsi, les soins sont souvent appropriés aux plaintes somatiques mais ne le sont en revanche pas sur le plan psychique. L'une des raisons principales à cela, est qu'une prise en charge thérapeutique psychiatrique demande plus de temps et est plus complexe.

Comme pour les troubles avérés, nous allons maintenant dissocier les différents types de stress pouvant survenir chez un soignant humanitaire. Ainsi, il existe trois principales formes de stress: le stress traumatique (que nous avons déjà traité en amont), le stress cumulatif et le stress de base.

Concernant le stress cumulatif, celui-ci est dû à l'accumulation de fatigue extrême (diminution des réserves d'énergie et d'adaptation) qui mène à l'épuisement (besoins énormes, manque de moyens et désorganisation provoquent une surcharge de travail et d'émotions). Il s'agit d'un stress qui dure plus longtemps et qui peut être anticipé, provoquant des insomnies pré-mission et une tension permanente. D'autres pathologies courantes peuvent s'ajouter au stress cumulatif tels que des lombalgies, des sciatiques, des affections gastro-intestinales, des refroidissements et des attaques de paludisme. Souvent, ces complications permettent d'être rapatrié sans perdre la face. Ce type de stress va par ailleurs dépendre de la capacité d'empathie, de la sensibilité à la contagion émotionnelle et du sentiment d'accomplissement ainsi qu'aux stress et traumatismes antérieurs. C'est le rôle du responsable d'équipe de choisir les membres les plus aptes à supporter tel ou tel type de mission.

Le stress de base, lui, est dû à un sentiment d'exil et de solitude. Plus précisément, il s'agit d'une difficulté d'adaptation à l'environnement, au travail ou aux collègues. Dans la majorité des cas, il est généré par un conflit interpersonnel avec le chef ou l'équipe et selon B. Bierens de Haan (2005), dans 40% des cas, cela conduit à une fin de mission anticipée (p.181). Il existe par ailleurs, une réaction à ce type de stress (que nous pouvons appeler aussi « stress initial ») pouvant durer de quelques secondes à quelques minutes et qui peut provoquer une sidération, une fuite, un bégayement, des tremblements, une indécision, un comportement inadapté et répétitif ainsi qu'une attitude attentiste.

« En deux mots »

Il existe différents types de stress (de base, cumulatif et traumatique).

Il y a différentes manières d'être atteint d'un traumatisme (indirecte ou directe).

Le traumatisme peut être collectif ou individuel.

Le PTSD possède plusieurs phases d'évolution.

Un événement traumatique cause un stress immédiat avec une infraction de la psyché. S'ensuit une détérioration de l'état psychique qui peut être renforcé ou diminué en fonction de l'état de santé mentale du sujet au moment de l'événement traumatique.

Si le trauma n'est pas intégré, il sera soit refoulé, soit répété.

L'intensité et la durée du trauma dépendent de la structure interne du sujet et de sa culture.

Le PTSD est un trouble ayant de nombreuses conséquences physio-psycho-sociales.

En l'absence de processus adaptatifs, d'autres troubles psychiques peuvent survenir.

2. Définition du soignant humanitaire

Avant tout, il semble évident qu'un soignant humanitaire va s'identifier à l'organisme pour lequel il travaille. Il va ainsi adopter une posture professionnelle en adéquation avec les principes et valeurs de celui-ci.

Même si les différentes institutions humanitaires prônent globalement des idées similaires telles que le secourisme, la protection, l'aide au développement, la neutralité et la solidarité, celles-ci n'ont pas forcément le même mode de fonctionnement. Par exemple, la Croix-Rouge défend la neutralité, l'aide aux populations et agit toujours en accord avec les autorités étatiques. Quant à MSF, celle-ci prône aussi la neutralité mais va parfois à l'encontre des limites imposées par les états et essaye de préserver au maximum, le secret de ses activités. Ces organismes sont parfois amenés à collaborer avec d'autres intervenants humanitaires tels que l'ONU et l'armée. Pour le premier cité, celui-ci sert avant tout à aider les victimes et à maintenir ainsi qu'instaurer un système de sécurité en faveur de la population. Concernant le second, il s'agit plus d'un secours d'urgence.

L'intervenant humanitaire se base constamment sur des modèles éthiques et d'humanité. Par ailleurs, son devoir selon Moore (1998) est de, lorsqu'il rentre de mission, « soigner et témoigner ». Cette perspective de soins engendre des répercussions positives ou négatives chez le soignant dont nous vous parlerons plus en détail dans la suite du travail.

Il est important également de souligner que l'intervenant humanitaire est généralement considéré comme un sauveur mais en réalité, il n'en est pas un. Cette étiquette peut d'ailleurs être une source d'effets bénéfiques ou non chez le principal concerné. Nous noterons toutefois d'après nos sources et notamment d'après les entretiens effectués avec des personnes du terrain, que l'intervenant humanitaire se considère lui-même souvent comme un aventurier qui a conscience des risques encourus pouvant amener parfois jusqu'à la mort.

Autre image qui est parfois associée au travailleur humanitaire, est celle d'un envahisseur et ce, plus particulièrement lors de situations d'aide au développement.

Certains auteurs tels que B. Bierens de Haan (2005), affirment que le soignant humanitaire doit en partie sa capacité de résilience à une ou des ancienne(s) blessure(s) survenues dans le passé et plus précisément durant l'enfance (p.60). Une atteinte narcissique qui serait en lien avec un manque affectif paternel.

Par ailleurs, le travailleur humanitaire s'auto-satisferait à travers le malheur des autres. En effet, aider des personnes dans le besoin lui prodiguerait une certaine sécurité car il agit sur ce qui pourrait engendrer de l'angoisse chez lui. Il s'agit là selon B. Bierens de Haan (2005), d'une forme d'égoïsme inconscient en lien avec une souffrance vécue durant l'enfance et qui fait référence à la relation mère-enfant (p.78).

En revanche, selon M. Balint qui a été repris par C. Reverzy puis par B. Bierens de Haan (2005), une personne ayant vécu une perturbation dans la relation mère-enfant (qui fait référence au concept d'attachement/séparation de J. Bowlby), sera moins capable d'exercer dans l'humanitaire car il manquera sur le terrain, de repères pouvant le rassurer et par conséquent, l'aider à travailler efficacement (p.78).

Les humanitaires ont généralement un profil qui comprend une éducation occidentale au carrefour des cultures, traditions et religions, ainsi qu'une bonne connaissance des langues.

Il est important en outre qu'il développe et acquiert certaines compétences telles que l'autonomie, la détermination, la persévérance, l'adaptation et la flexibilité.

D'autre part, le soignant humanitaire doit faire preuve d'empathie, de respect, de curiosité et doit démontrer une certaine ouverture d'esprit car il devra fréquemment collaborer avec les populations locales. Il faudra donc qu'il réponde à autrui selon ses représentations personnelles mais également collectives, en tenant compte consciemment ou inconsciemment de son contexte culturel d'origine. Cependant, à travers les relations avec autrui, l'intervenant va être

confronté à des transferts d'émotions, de connaissances, etc. auxquelles il devra répondre avec des réactions adaptatives (contre-transfert). D'où l'importance de bien se connaître, de se préparer adéquatement et d'avoir conscience de ses états d'âme.

Le fait d'être étranger au pays est également un atout pour l' « expatrié ». Effectivement, étant moins atteint sur le plan émotionnel que la population locale par l'événement vécu et auquel il doit faire face, il sera d'une grande aide pour cette dernière. Même s'il peut être troublé sur le plan affectif, il sera néanmoins plus à même de réaliser ses tâches professionnelles. Mais son utilité première va être d'aider les gens à développer et utiliser leurs ressources personnelles.

Le retour de mission demande nécessairement une remise en question personnelle de la part du soignant. Se questionner sur le contexte dans lequel il se trouve est normal. Une rencontre en milieu humanitaire signifie s'ouvrir à autrui dans un contexte qui lui appartient et qui lui est inconnu.

Un travailleur humanitaire est notamment souvent appelé « expatrié » ou « expat' » car il est un étranger en terrain inconnu. Cependant, celui-ci doit être capable de se représenter à travers le contexte différent auquel il est confronté et ce, malgré certaines « barrières » comme le langage.

Il faut savoir de plus, que la culture est scindée en plusieurs parties (histoire, politique, sociologie, professionnelle). Ainsi, il faut tenir compte de chacune d'entre elles. Sur le terrain, il faut donc comprendre ces aspects et s'en servir pour travailler encore plus efficacement.

Les raisons qui poussent certaines personnes à travailler dans ce domaine sont multiples et variées. Il existe notamment une hypothèse qui dit que certains intervenants chercheraient à travers l'humanitaire, à trouver « l'idéal du Soi ». L'engagement humanitaire est d'ailleurs considéré par certains comme un exil social (géographique), intérieur et inconscient (identitaire).

L'intervenant humanitaire utilisera en outre, volontairement ou non, certaines ressources telles que des mécanismes de défense qui l'aideront à surmonter des situations difficiles. Nous détaillerons plus tard quels types de moyens sont généralement employés par le principal concerné.

Le soignant humanitaire devra également être autonome tout en considérant toutefois, autrui comme une ressource.

Il devra en outre avoir des acquis théoriques flexibles et ne pas s'appuyer sur de simples préjugés.

Il est par ailleurs nécessaire qu'il supervise et qu'il soit supervisé fréquemment et régulièrement car cela permet d'exprimer les ressentis, de renforcer les liens pluridisciplinaires, d'approfondir le travail clinique et de faire le point sur les activités entreprises et par conséquent, d'observer l'évolution du projet instauré.

Il est également important qu'il pratique la médiation et celle-ci doit être diversifiée, créative et adaptée au contexte et aux aptitudes de chacun.

Partir à l'étranger offre de plus, la possibilité d'effacer la routine. Effectivement, lorsque le soignant se retrouve en terre inconnue, il se découvre une seconde identité à laquelle il se familiarise. Au retour, il se forge une troisième identité. Celle-ci ressemble à son identité initiale mais comporte certaines modifications au niveau des perceptions qu'il a par exemple, du monde.

Certains trouvent la paix en repartant à chaque fois en mission car le retour au pays peut engendrer beaucoup de frustration. Une phrase représente bien cette idée: « ...fuir vers la souffrance des autres. » (B. Bierens de Haan, 2005, p.76). Mais au bout d'un certain temps, ces personnes-là se doivent de s'arrêter pour éviter que leur métier ne devienne un trouble addictif. Selon notre interlocuteur ayant travaillé comme délégué du CICR, les travailleurs humanitaires n'exercent généralement pas plus de deux ans. En effet, il est connu que ceux-ci intériorisent souvent les souffrances subies et que cela empiète sur le bon déroulement de leurs activités professionnelles. Des conséquences majeures que nous vous détaillerons plus tard peuvent ainsi se profiler.

Contrairement aux idées reçues, le soignant humanitaire, selon le contexte dans lequel il se trouve, ne prend pas autant de risques durant son travail. Il devra cependant vivre certaines difficultés comme la confrontation de ses fondements de base avec la réalité du terrain et être capable d'exercer dans un laps de temps parfois très court. Le taux de stress est alors souvent conséquent dans ce type de situation. Mais cet état de tension est selon B. Bierens de Hann, parfois recherché par les soignants eux-mêmes car prendre des risques signifie, se frotter à la mort. Cela leur procure ainsi le sentiment d'être en vie. Il est également essentiel pour lui que son départ et par conséquent, son retour au pays d'origine, soit préparé.

Nous avons vu jusqu'ici le profil général du travailleur humanitaire. Il semble important toutefois de voir les spécificités liées aux femmes ou encore aux jeunes engagés. En effet, pour la gente féminine, il semble plus difficile pour elle de se séparer des gens qu'elle côtoie. Nous pouvons ainsi supposer qu'elle éprouve une grande sensibilité. D'ailleurs, l'un de nos interlocuteurs de MSF nous a dit que sur le terrain, les femmes démontrent plus d'empathie que les hommes. Cet aspect humain les pousse d'autant plus à se sacrifier au travail. La conséquence principale de cette dévotion est une détérioration de leur état de santé qui se manifeste à travers une négligence physique. Concernant les jeunes militants, ceux-ci ont souvent eu une éducation religieuse et ont généralement vécu une expérience de scoutisme ou de vie communautaire. Ils ont par ailleurs le goût du voyage, celui-ci représentant plus une forme de fuite face aux soucis quotidiens qu'à un loisir. Des antécédents de problèmes familiaux ou d'échecs personnels sont d'ailleurs souvent observables chez ces individus.

Nous pouvons noter toutefois que ce qui est commun à tous les intervenants humanitaires est une solidarité fraternelle entre eux. Une fidélité infaillible peut même naître entre les victimes et les soignants, ces derniers refusant de quitter leur lieu d'affectation une fois leur mission terminée. Nous pouvons aussi souligner le courage dont ils font preuve.

« En deux mots »

Les ONG partagent des valeurs communes mais se structurent différemment.

Elles collaborent la plupart du temps avec l'ONU et l'armée.

Le soignant humanitaire s'identifie généralement à l'institution pour laquelle, il travaille.

L'intervenant humanitaire démontre généralement beaucoup de valeurs, de ressources, de compétences ainsi qu'une bonne capacité de résilience et porte un intérêt marqué aux différentes cultures du monde.

L'engagement humanitaire est souvent lié à une blessure durant l'enfance du sujet.

Il existe des particularités dans la manière de travailler chez les femmes ainsi que chez les jeunes engagés.

L'expatrié est souvent considéré comme un sauveur ou comme un envahisseur.

Un changement d'identité chez le travailleur humanitaire peut survenir suite aux douloureuses épreuves qu'il vit sur le terrain.

Le soutien de l'institution ainsi que la solidarité entre les membres de l'équipe humanitaire sur le terrain, ont une grande importance pour la bonne réalisation d'une mission.

3. Historique de l'humanitaire

L'humanitaire pouvant être considéré comme une aide instinctive, nous pouvons affirmer que celui-ci existe depuis le début de l'Homme et qu'il concerne quasiment chacun de nous. En effet, nous pensons que l'humain est de manière générale capable d'empathie, ce qui le pousse à aider son prochain lorsque celui-ci se trouve en situation précaire. Nous pouvons ainsi définir l'humanitaire comme une valeur personnelle, plus développée chez certains individus, entraînant une ouverture sur les autres et basée sur le principe d'entraide. Selon nous, l'humanitaire est généralement associé aux grandes catastrophes nécessitant l'intervention de tiers à l'étranger alors que celui-ci concerne tout autant les gestes quotidiens d'humanité que nous pouvons avoir à l'égard d'autrui. Ainsi, pour mieux représenter nos propos, nous nous permettons de reprendre une citation: « L'humanitaire commence devant notre porte. » (I. Villommet, 2011).

Ce n'est qu'à partir de 1863 que « l'humanitaire moderne » (héritier de la charité chrétienne et de l'humanisme du siècle des lumières) prend naissance avec la création de la Croix Rouge ainsi que des Conventions de Genève, sous l'impulsion d'Henry Dunant qui a été affecté par la violence présente lors d'innombrables conflits majeurs opposant de multiples pays d'Europe. C'est avec l'apparition de nouvelles oppositions telles que les deux guerres mondiales que les Conventions de Genève ont été révisées. Celles-ci ont toujours eu pour but et ce jusqu'à ce jour, de protéger les civils, les soldats blessés ainsi que les prisonniers de guerre lors d'un conflit. Elles constituent ainsi l'un des fondements du droit international humanitaire.

C'est à nouveau durant les deux guerres mondiales et plus principalement pendant la seconde que le domaine humanitaire s'étend à travers le monde. Effectivement, c'est à cette époque-ci que de nombreuses institutions humanitaires sont créées telles que l'International Rescue Committee, le Catholic Relief Service, la Cooperative for American Remittances Everywhere et le Oxford Committee for Famine Relief.

Par ailleurs, c'est durant l'après-guerre que les plus célèbres d'entre elles sont fondées. En effet, l'ONU (Organisation des Nations Unies) et l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) sont créés respectivement en 1945 et 1947. Le premier cité constitue une organisation ayant pour objectif de maintenir le respect des Conventions de Genève (droit international humanitaire) et de préserver la paix dans le monde. En 1951, le HCR (Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés) naît mais ne s'expandra qu'à partir des années '80 avec l'augmentation d'un nombre considérable de réfugiés à travers le monde. Ces organisations humanitaires ont cependant été paralysées par l'opposition de l'Occident face à l'ex-URSS durant la période de la Guerre Froide.

En parallèle, un autre organisme humanitaire célèbre est créé en 1971 suite au conflit du Biafra qui s'est déroulé en 1969. Celui-ci n'est autre que MSF, qui a été fondé par des médecins français qui se sont désolidarisés du mouvement de la Croix Rouge car ils étaient en désaccord avec certains principes de celle-ci, notamment celui de la neutralité. Ils ont souligné en effet durant le conflit du Biafra, le manque de positionnement de la part de la Croix Rouge. Un fait qui avait déjà été reproché auparavant à cet organisme lors de la découverte des camps de concentration. Effectivement, ce dernier n'avait pas dénoncé l'atrocité faite par les nazis envers les Juifs. Les actions de MSF se veulent ainsi par la suite indépendantes des autorités étatiques et s'appuient sur l'influence médiatique pour toucher l'opinion publique.

Le domaine humanitaire s'est donc développé majoritairement dans des endroits où les politiques ne faisaient plus foi, notamment dans les pays du Tiers-Monde.

En 1980, l'activité humanitaire s'est scindée en deux activités distinctes l'une de l'autre: l'humanitaire d'urgence et l'humanitaire de développement. Le premier cité a par ailleurs eu plus d'impact sur le plan médiatique car il démontrait plus de résultats sur le court terme. Ce qui est le cas encore actuellement.

Par la suite, les institutions humanitaires ont œuvré à travers divers pays où régnaient des conflits comme en Somalie en 1993, au Rwanda en 1994 ou encore au Kosovo en 1999. Des actions qui ont été parfois fortement critiquées de par

leur sur-médiatisation et leur instrumentalisation. Cela a provoqué par conséquent un désenchantement à l'encontre de tous les organismes humanitaires. Ceux-ci ont ainsi perdu de la crédibilité ainsi que du soutien car ils étaient souvent davantage perçus comme des envahisseurs que comme des sauveurs. Ils ont ainsi été plusieurs fois la cible d'attaques armées, détériorant progressivement leur situation. Tous ces éléments ont engendré un accroissement de l'insécurité sur le terrain, des sentiments d'impuissance et de frustration chez les soignants et par conséquent, divers traumatismes psychiques tels que le PTSD. Cela a mené les ONG humanitaires à une prise de conscience de l'importance de développer des programmes de soutien psychologique pour leurs collaborateurs.

Pour notre travail, nous nous sommes davantage concentrés sur le travail humanitaire à l'étranger en situation d'urgence. En effet, c'est dans ce genre de contexte que les soignants sont les plus à risque de développer certains traumatismes tels que le PTSD.

« En deux mots »

Le domaine humanitaire a grandement évolué.

Il existe depuis le début de l'Homme et est présent partout.

Il possède par ailleurs un héritage religieux et est entré dans l'ère moderne par la création du CICR par Henry Dunant en 1863.

Suite aux deux guerres mondiales, l'humanitaire s'est étendu à travers le monde.

Durant l'après-guerre, l'UNICEF et l'ONU ont été créées.

MSF a vu le jour suite au conflit du Biafra en 1971.

En 1980, l'humanitaire s'est scindé en deux parties, l'urgence et le développement.

Dans les années nonante, il y a eu une modification de la perception de l'humanitaire par le public.

La conséquence de ce changement a engendré beaucoup de frustration chez les soignants humanitaires.

Il s'en est suivi une prise de conscience des ONG, qui ont développé la prise en charge de leur personnel.

4. Historique du PTSD

Jusqu' à la fin du 19^{ème} siècle, les médecins faisaient un clivage entre les affections d'ordre physique et celles d'ordre psychologique.

En 1866, un chirurgien nommé John Erichsen fit même la distinction entre deux types d'atteintes psychologiques. En effet, il existait selon lui, des pathologies psychiques liées à une ou des lésions du système nerveux central et d'autres étant plus abstraites et donc plus complexes à analyser et ce, notamment parce que l'étiologie n'était pas clairement déterminée.

C'est également à Erichsen que nous devons le concept de « temps de latence » qui correspond à la période entre l'affection et l'apparition des symptômes.

Edwin Morris, dont les théories étaient similaires à celles d'Erichsen, a toutefois ajouté que c'est suite à une agression physique ou psychologique que survenaient des symptômes.

Plus tard, un psychiatre appelé Oppenheim a approfondi le sujet et a conclu que ce traumatisme était plus lié à un sentiment d'effroi que de peur. Le terme d'effroi a été par la suite souvent retenu par d'autres cliniciens.

Selon P. Janet (1889), les traumatismes ne sont pas intégrés dans la mémoire du patient. Ils sont comme isolés du reste de l'expérience mnésique de ce dernier. Cette idée a été développée plus assidument à partir du 20^{ème} siècle sous la notion de reviviscence. Il s'agit plus précisément d'un souvenir qui ne peut s'intégrer à la construction psychique du sujet et qui néanmoins, reste actif. Ceci trouble donc le psyché. Ce souvenir va par ailleurs se manifester d'avantage sous forme physique que psychologique.

C'est également à cette même époque que le concept de l'hypnose va se développer. Le but étant de confronter le patient à ses propres troubles et ainsi de permettre au soignant de pouvoir mieux les analyser. L'hypnose n'est pas une méthode bouleversante malgré le fait qu'elle fasse ressurgir des souvenirs traumatisants chez le soigné. L'hypnose va ainsi agir sur ce souvenir afin de soigner le trouble qu'il engendre.

En 1896, Freud fit le lien entre l'événement traumatique de la personne avec son expérience sexuelle durant l'enfance. Il s'agirait selon lui, de fantasmes non assimilés par l'enfant, ce qui créerait une excitation interne excessive qui ne serait pas extériorisée et par conséquent, les souvenirs et les émotions qui s'y associent seraient refoulés. Ainsi, Freud a projeté le thème du sexe dans la compréhension et la description du PTSD contrairement aux autres analystes de son époque qui supposaient que ce syndrome était lié au sentiment de peur et plus précisément d'effroi. Il paraît en tout cas évident que le principal intéressé n'arrive pas à intégrer cet événement dans son histoire de vie et que celui-ci altère la cognition et provoque une modification du comportement. Il y a donc une détérioration du fonctionnement cognitivo-comportemental de la personne. Cependant, comme le précise Freud, si le trauma est bien traité, cela peut également permettre le développement de soi.

Vint ensuite un autre concept nommé « victimologie ». Celui-ci s'intéresse principalement au statut social du traumatisé et ne se fixe pas sur le passé de ce dernier ainsi que sur les causes du trouble contrairement à ce que pensent d'autres théoriciens, dont Freud.

C'est suite aux deux guerres mondiales que le PTSD fut plus étudié puisque le nombre de personnes en souffrant, a considérablement augmenté. Un nouveau terme apparaît d'ailleurs à la suite de ces conflits majeurs comme « shell-shock » qui peut se traduire par « maladie de la guerre ». Cet intitulé a été donné par la Royal Army Medical Corps (RAMC). Vint après d'autres termes, apportés notamment par un psychiatre de guerre nommé Honigman, comme « hystérie de guerre » ou « névrose de guerre » ou encore « KZ » (Konzentrationslager Syndrome), qui fait référence à l'extermination des Juifs.

Durant la Première Guerre mondiale, un intérêt marquant s'est porté sur ce trouble, ce qui a permis d'apporter de nombreux progrès thérapeutiques. La prise en charge durant ce conflit s'effectuait en trois étapes. En effet, il fallait tout d'abord traiter les soldats qui étaient au plus près des combats et ce de manière directe, simpliste, rapide et orientée principalement sur les symptômes. Le but étant ici, d'offrir une guérison le plus vite possible. Cette méthode, appelée « psychiatrie de l'avant » a été appliquée par le psychiatre américain Salmon en 1917. Il s'agissait d'une démarche thérapeutique fixée sur le trouble aigu mais qui ne se consacrait pas sur les effets à long terme. Ce processus a été appelé « les principes de Salmon ». Autre aspect important et qui constitue la seconde étape, il fallait que les soins soient effectués près des lieux de combat et l'accent était mis sur l'organisation de ceux-ci. La dernière étape constituait en l'utilisation de divers et multiples traitements tels que des médicaments pouvant calmer ou stimuler le soldat. Le retrait de ce dernier des terrains hostiles permettait également à celui-ci de se retrouver dans un climat apaisant et ainsi, de se reposer. Ce principe est considéré comme un précurseur du concept de débriefing.

Après la Deuxième Guerre mondiale, ceci a été repris par Kaufmann en 1947. Cependant, il faut attendre les années septante pour que le terme « débriefing » naisse. Nous le devons à R. Sokol qui considérait les patients non pas comme des malades mais comme des individus en souffrance.

En 1983, J. Mitchell crée le CISTD (Critical Incident Stress Debriefing). Le CISTD n'est pas une thérapie mais plutôt un moyen qui permet aux gens de s'exprimer, d'observer et d'analyser leurs réactions et possibles symptômes qui en découlent. Il comprend sept étapes et se base sur le fait que leur relation se fait d'homme à homme et non de patient à thérapeute. Ce principe a pour objectif de dédramatiser la situation.

Autre technique qui a été moins utilisée mais qui a toutefois semblé efficace dans certains cas lors du début du 20^{ème} siècle, était « la faradisation » (impulsions électriques délivrées dans le cerveau).

Plus tard, deux courants principaux ont pris de l'ampleur. Il s'agit de l'hypnose (méthode plus radicale car elle peut faire ressurgir les traumatismes) et d'une autre méthode visant l'assimilation du trauma par le patient dans son histoire de vie à travers la mise en mots des maux ressentis. Cette démarche (qui

se rapproche de celle de Brown et qui a été de plus, reprise par Mc Dougall en 1920 et en outre, inspirée de Freud) a été appelée « autognosis ». Simmel s'est inspiré de ce concept. Cependant, il l'a utilisé à travers l'hypnose.

Par la suite, Rivers (psychiatre de la Première Guerre mondiale) a défini la reviviscence comme l'expression d'un mal-être et non pas comme la cause de l'état de stress post-traumatique.

En bref, l'hypnose et la psychanalyse représentent deux méthodes appropriées mais qui néanmoins, ne sont pas similaires (l'une travaillant plus sur la cognition et le vécu du patient tandis que l'autre s'intéresse plus aux comportements et aux symptômes qui s'y associent). Aujourd'hui, ces deux courants sont souvent liés et utilisés par de nombreux thérapeutes.

Durant la Deuxième Guerre mondiale, nombreux sont les gens qui n'ont pas été pris en charge pour de multiples raisons. En effet, beaucoup d'entre eux avaient souvent honte de leur état et le cachaient. D'autres n'étaient pas traités car ils n'étaient pas considérés comme atteints d'un trouble. Ces absences de diagnostic concernaient autant les soldats que les civils.

Avant la guerre du Viêt-Nam, le diagnostic de PTSD n'était pas clairement établi. C'est grâce à la classification des maladies mentales (DSM III, 1980) que celui-ci a été mieux défini.

Concernant le Viêt-Nam, beaucoup de vétérans de la guerre, lorsqu'ils sont rentrés au pays, ont commis des délits, se sont drogués et se sont mutilés voire suicidés. Ces comportements témoignent d'un mal-être profond. La situation s'est d'avantage détériorée car l'état américain ne s'en est pas soucié. Toutefois, certains cinéastes se sont penchés sur cette problématique en produisant certains films tels que « Né un 4 juillet » et « Taxi Driver ». La prise de conscience de ce fléau s'est d'abord faite à travers la population avant que les autorités étatiques ne s'y intéressent. Selon l'ancien délégué du CICR que nous avons interviewé, il y a eu plus de décès chez les vétérans du Viêt-Nam rentrés au pays suite au PTSD ou à d'autres troubles s'y rapportant, que durant le conflit même.

Chaim Shatan a d'ailleurs dénommé le trouble « post Vietnam syndrome ». Plus tard, il sera modifié et appelé « post combat disorder » dans le DSM III. Puis, Shatan, Horowitz (qui a étudié le stress) et Andreason (spécialiste clinique des grands brûlés) orientent le trouble dans la catégorie « anxiété » du DSM III. Il sera finalement nommé état de stress post-traumatique.

Une fois le diagnostic du PTSD clairement établi, d'autres auteurs ont approfondi certaines recherches et ont même parfois, modifiés certains termes. C'est le cas de Rivolier (1992) qui définit les traumatismes comme des « expériences extrêmes ». Elles dégagent selon lui, d'intenses émotions que la personne devra savoir surmonter. Cette dernière va devoir parfois aller au-delà de ses limites pour parvenir à s'adapter à ce qu'elle ressent initialement. Ce modèle adaptatif représente le concept de « coping ».

Actuellement, certains auteurs comme N. Zadjé (1995) affirment que celui qui souffre de ce type de trouble est le plus à même de s'exprimer sur le sujet car il en a pleinement conscience. Dans le cas où l'individu se trouve dans le déni,

des symptômes vont apparaître plus tard. L'auteur mentionne d'ailleurs à travers ses écrits, la notion de « rêves traumatiques », qui représente la répétition de l'événement. Ces « rêves traumatiques » sont décrits comme des cauchemars.

En 1999, Zaltzman introduit le concept de « résistance ». Celui-ci s'apparente à une prise en compte des mécanismes adaptatifs collectifs qui sont entre autres, le dialogue, la résignation, la révolte et la solidarité et qui mettent en exergue la dimension groupale.

Vint ensuite une autre théorie nommée « résilience » déjà évoquée en 1992 par Rutter, qui représente la « capacité à réussir de manière acceptable pour la société, en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative. ». Nous pouvons donc dire que la résilience n'est autre qu'une aptitude à surmonter les épreuves douloureuses de la vie. Cette approche a été par la suite étudiée et définie plus récemment par Cyrulnik en 1999 puis reprise en 2001 par Tomkiewicz.

Dans le même temps, J. Altounian (2000) mit en avant le terme « survivance » qui signifie une ouverture aux autres sans s'occulter soi-même. Selon elle, dans le domaine humanitaire, il est judicieux que le soignant s'adapte à une autre culture sans toutefois, oublier ses propres savoirs. Il s'agit là d'une néo-organisation sociale.

Bien que de nombreux progrès ont été apporté durant ces deux derniers siècles à travers diverses études et concepts, il était jusqu'en 2001 selon Omidian, difficile de connaître la prévalence des troubles du registre traumatique car celle-ci n'avait pas encore été clairement évaluée. Ceci est dû selon Summerfield (1999), au fait que le sujet était peu étudié jusque-là, hormis chez les Casques Bleus.

D'après nous, cette thématique a été davantage documentée ces dernières années et ce, notamment en dehors du cadre militaire. Des événements tels que le 11 septembre 2001 ou des situations de catastrophes naturelles ont poussé plusieurs auteurs à s'intéresser au PTSD ou à d'autres troubles psychiques en lien avec un traumatisme et ce, précisément sur des personnes telles que des civils.

Ainsi, au jour d'aujourd'hui, le PTSD est plus étudié chez les enfants. Certains concepts freudiens sont d'ailleurs mis ou remis en avant. Il est désormais officiellement reconnu que le PTSD dépend de l'âge et de l'événement vécu.

« En deux mots »

Jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle, il y a eu un clivage entre le soma et la psyché.

Différentes étiologies ont par la suite été données au PTSD au fil du temps.

Le concept de « temps de latence » a été élaboré plus tard par Erichsen.

P. Janet en 1889, a introduit la notion de non-intégration de l'événement traumatique au sein de la psyché.

En parallèle, l'hypnose vit le jour.

En 1896, Freud met en avant un lien subsistant entre l'apparition d'un traumatisme chez un individu et l'enfance de celui-ci.

Il affirme en outre qu'un traumatisme peut permettre l'enrichissement de soi.

Durant cette époque, un autre concept nommé « victimologie » apparaît et met en exergue la coercition entre le développement d'un traumatisme chez une personne et son statut social.

Suite aux deux guerres mondiales, le sujet est d'avantage étudié, ce qui entraîne une modification de sa définition et du terme en lui-même.

C'est en 1917 (durant la Première Guerre mondiale), que Salmon élabore des principes de prise en charge (précurseurs des débriefings) de traumatisés sur des terrains hostiles.

Le terme « débriefing » voit le jour dans les années septante sous l'égide de Sokol.

Durant cette même époque, l'hypnose et la psychanalyse sont les thérapies les plus utilisées.

Le PTSD est plus sérieusement pris en compte par l'opinion publique suite à la guerre du Viêt-Nam.

En 1980, le DSM III définit clairement le syndrome et le nomme officiellement « état de stress post-traumatique » (PTSD).

En 1999, Zaltzman élabore la notion de « résistance ».

Le concept de « résilience » est défini ensuite par Rutter en 1992 et repris par Cyrulnik en 1999 puis par Tomkiewicz en 2001.

En 2000, la notion de « survivance » est mise en avant par J. Altounian.

Suite au 11 septembre 2001, le PTSD est d'avantage étudié et plus particulièrement chez les victimes civiles.

De nos jours, certaines théories freudiennes sont reprises par quelques thérapeutes car selon eux, ce syndrome dépendrait de l'âge du sujet traumatisé et du type d'événement vécu.

Le PTSD est donc désormais plus observé chez les enfants.

5. Facteurs favorisant un PTSD chez les soignants humanitaires

Toute personne est susceptible de développer un PTSD après avoir vécu un traumatisme et notamment, à cause des facteurs favorisant que nous allons approfondir dans ce chapitre. Bien évidemment, nos propos font référence aux travailleurs humanitaires ainsi qu'aux contextes auxquels ils doivent faire face.

Tout d'abord, l'arrivée sur le terrain est souvent la source de grosses désillusions. Plus les idéaux sont élevés, plus dure sera la chute. Une relativisation de l'efficacité de l'action humanitaire est donc nécessaire. « Les humanitaires, il est vrai, n'ont pas la capacité de supprimer la misère du monde ; ils peuvent, au mieux, aider les populations à ne pas trop souffrir et faire en sorte de ne pas nuire. ». (B. Bierens de Haan, 2005, p.185). Ce même auteur décrit cette problématique en disant: « Affronter les angoisses, le chagrin, parfois les revendications et la colère des familles par l'impuissance des sauveteurs, est une épreuve très pénible pour tous ceux qui font ce métier. » (B. Bierens de Haan, 2005, p.163).

Un manque d'expérience, de ressources (mécanismes de défense-d'adaptation) et de compétences personnelles telles que l'autonomie, la détermination, la persévérance, l'adaptation et la flexibilité favorise également cet état de fait, tout comme l'absence de ressources matérielles.

De plus, les nouveaux arrivants ne sont pas forcément accueillis comme il se doit par des équipes débordées qui se montrent peu disponibles. Par ailleurs, ils peuvent être surpris par l'importance du côté administratif aux dépens des actions de sauvetage. En outre, la charge de travail sur le terrain est relativement conséquente. Celle-ci est alourdie par les attentes élevées de la population ainsi

que par la pression médiatique quotidienne. Sans oublier le fait que la séparation avec ses proches et son environnement familial peut être difficile.

D'autre part, il est connu selon nos interlocuteurs de MSF, qu'un intervenant humanitaire mal préparé avant son départ (briefing) ou intégré dans une équipe déstructurée, peut se sentir frustré lorsqu'il se retrouve sur le terrain. Effectivement, lors de missions, les problèmes peuvent survenir lorsqu'il y a un manque de communication et de coordination au sein de l'équipe ainsi qu'entre les différents acteurs de la mission menée (ONG, administrateurs d'hôpitaux, bénévoles, etc.). Cela a pour principale répercussion, une mauvaise attribution des rôles, ce qui crée un désengagement des principaux concernés et par conséquent, un sentiment d'impuissance générale. Les missions sont donc moins bien menées et cela amène justement à ce sentiment de frustration.

Une mauvaise cohésion de groupe peut de plus, avoir des répercussions fortement négatives sur le psychisme du soignant humanitaire. Celui-ci peut se retrouver isolé et ainsi intérioriser ses ressentis au lieu de les partager avec ses pairs.

La dimension culturelle peut également être une source de difficultés sur le terrain. Effectivement, les intervenants humanitaires qui partent à l'étranger doivent se confronter généralement à une culture différente de la leur. Ils ne sont ainsi pas forcément en adéquation avec les coutumes, les principes éthiques, les valeurs, etc. du pays dans lequel ils se trouvent. Il s'agit-là de ce qui s'appelle « le contre-transfert culturel ». Ce dernier comprend plus précisément un questionnement personnel amenant ou faisant suite parfois à une perte de soi. D'où l'importance de bien se connaître, de se préparer adéquatement et d'avoir conscience de ses états d'âme car cela peut engendrer des tensions internes chez le soignant. D'autant plus que celui-ci ne voudra ou ne pourra peut-être pas dévoiler tous ses ressentis face à ce choc des cultures, de peur d'être mal considéré par ses pairs ou de crainte que cela nuise tout simplement à sa mission.

Dans le cas contraire, un phénomène appelé « exil inconscient » peut survenir chez le principal concerné. Celui-ci consiste en l'apparition d'un mal-être chez lui, suite à une difficulté à assimiler ce qu'il voit sur le terrain avec ses représentations de base. Il naît donc un sentiment d'étrangeté en lui et ceci peut l'amener à ne plus voir ses limites et par conséquent, à agir par instinct.

Autre point important, la dimension temporelle. En effet, celle-ci joue un rôle extrêmement important dans le déroulement du travail humanitaire car le temps peut provoquer de bonnes ou de néfastes conséquences sur les activités entreprises. D'ailleurs, les intervenants parlent souvent de « temps trop court ». Celui-ci est selon eux et comme nous l'ont confirmé les personnes de MSF que nous avons interviewé, urgent et donc précieux. Par ailleurs, le temps est étroitement lié avec l'affect de la personne en question (comme lors du retour au pays où les différents membres de l'équipe humanitaire se séparent). En effet, ils dépendent l'un de l'autre et ont tous deux des conséquences sur notre fonctionnement habituel.

Par ailleurs, lors du retour, si le soignant humanitaire n'est pas pris en charge ou de manière inefficace (notamment par des thérapeutes inexpérimentés) par l'organisme dans lequel il travaille (débriefing), il sera plus à risque de

développer des troubles psychiques tels que le PTSD. En effet, le retour au quotidien est souvent difficile car il s'agit d'un « retour à la trivialité » (B. Bierens de Haan, 2005, p.191). Il arrive même que le soignant, une fois de retour, perde son identité d'humanitaire puisqu'il va retomber dans son ancienne routine et ses tracasseries quotidiennes. Il a probablement perdu ses nouveaux amis et a retrouvé des proches qui ne le comprennent pas et qui ne le reconnaissent plus. Il peut ainsi se sentir décalé et ne plus partager les mêmes valeurs et par conséquent, vivre dans l'attente d'une nouvelle mission. Le rapatriement peut donc engendrer beaucoup de frustration (sensation d'inachèvement, d'abandon des camarades, d'inutilité, d'amertume, de culpabilité du survivant). Sortir du monde humanitaire représente donc aussi un deuil.

Le problème majeur est que cela passe souvent inaperçu et que le sujet en question n'arrive pas à intégrer les événements dans son histoire de vie. Autrement dit, il ne réussit pas à faire de liens entre les douloureuses épreuves vécues et les ressentis que celles-ci lui ont procuré. Des situations où réside une menace constante de la mort (menace externe) qui peut engendrer une réponse physiologique (réaction du système sympathique) jusqu'à atteindre le stade du stress dépassé (sidération, agitation désordonnée, fuite panique ou action automatique).

Il existe en outre des événements soudains et effroyables qui créent un véritable traumatisme psychique (comme le 11 septembre 2001). Dans ce type de cas, il s'agit selon Lebigot (2004), de la rencontre avec le réel de la mort qui est irréprésentable pour notre psychisme (menace interne).

Pour être plus précis, les situations auxquelles les intervenants doivent généralement faire face sont par exemple: les guerres, les catastrophes, les famines, les agressions physiques et psychologiques, les phénomènes naturels et les situations de rupture, de bouleversement extrême qui modifient en profondeur les relations qu'entretiennent entre eux les êtres humains qui y sont plongés. Ces événements tragiques favorisent comme dit précédemment, l'apparition de réactions émotionnelles intenses chez les soignants humanitaires et ce, notamment à cause du fait qu'ils sont en contact avec des personnes traumatisées. Par conséquent, une usure physique et psychologique peut apparaître et altérer le fonctionnement habituel et la productivité au travail.

Ainsi, exercer dans l'humanitaire n'est pas de tout repos. Ce domaine contient des difficultés qu'il ne faut pas négliger. Les occulter, c'est se rapprocher du risque de se perdre. Tout comme il faut garder en tête, que ne pas s'ouvrir aux autres, c'est s'oublier soi-même peu à peu. Surtout dans le cas où l'individu s'engage dans ce milieu pour fuir ses problèmes ou ses responsabilités. Ceci n'est pas recommandé car les soucis personnels vont le suivre sur le terrain et cela ne fera qu'ajouter un poids supplémentaire.

En conclusion, tous les facteurs favorisants cités ci-dessus altèrent la capacité de résilience des intervenants humanitaires, ce qui les rend plus vulnérables. Par conséquent, la santé mentale des principaux concernés peut se détériorer.

« En deux mots »

Tout individu est à risque de développer un jour, un PTSD.

La séparation avec les proches au départ d'une mission, la désillusion à l'arrivée sur le terrain, la différence culturelle entre le pays d'origine et le lieu d'affectation, la déstructuration temporelle lors des tâches professionnelles, le manque d'expérience, de compétences, de ressources, de préparation et de soutien, le changement identitaire ainsi que la séparation avec les collègues et les victimes lors du retour de mission, constituent les principaux facteurs favorisant l'apparition d'un PTSD chez un intervenant humanitaire.

6. Conséquences

Le PTSD est un trouble ayant de nombreuses répercussions directes et indirectes autant au niveau psychique que physiologique mais également sur le plan social. Celles-ci sont généralement néfastes pour la victime mais peuvent également et nous allons le voir plus tard, être bénéfiques.

Globalement, ce syndrome touche les fonctions primaires, ce qui provoque une incapacité ou une difficulté pour le traumatisé à revivre normalement au quotidien. Il y a donc comme nous l'avons dit précédemment, présence d'un grand chamboulement aux niveaux physio-psycho-social.

Afin de mieux cerner les différents symptômes liés au PTSD, nous allons les présenter à travers chaque aspect concerné.

Concernant les conséquences sur le plan physique, les premières manifestations observables sont des frissons, des nausées, des vomissements, une dyspnée et de l'HTA. Peuvent s'ensuivre d'autres signes cliniques tels que de fortes douleurs abdominales, des ulcères gastriques, des douleurs articulaires et musculaires, des troubles du sommeil, des migraines, des troubles respiratoires, des troubles de conduites alimentaires (en particulier la « boulimie nerveuse » (Dansky, 1997)), des affections cutanées (eczéma et psoriasis) mais également des troubles neurologiques (astésie-abasie, désorientation, bégayement, tremblements, autisme, etc.). La douleur et la fatigue représentent donc de grands indicateurs d'atteintes psychosomatiques et par conséquent, de PTSD. Les risques de mortalité et de morbidité augmentent ainsi de manière significative.

Nous voulons insister sur un symptôme qui est souvent négligé mais qui est le plus prédominant dans le PTSD, qui n'est autre que la fatigue. Souvent considérée comme normale après un traumatisme, elle est en réalité bien plus néfaste que nous pouvons le croire. Elle représente la conséquence majeure de l'hyper-vigilance ainsi que de l'irritabilité et témoigne de plus, de certains ressentis comme le désespoir, l'impuissance et l'épuisement. Il en va de même pour les troubles du sommeil sont fréquents car le corps perd de sa structure (comme les troubles alimentaires ou sexuels, etc.). Plus grave encore, elle peut engendrer

chez la femme, des troubles menstruels, des fausses couches en cas de grossesse, la stérilité et plus particulièrement pour le bébé, une malformation fœtale. Les vomissements sont récurrents, mais ne sont pas spécifiques au sexe féminin. Nous pouvons donc observer que cette fatigue extrêmement intense liée étroitement au PTSD peut causer de nombreux risques chez l'individu mais surtout chez la femme.

En ce qui concerne les répercussions psychologiques, des sanglots, une hyperactivité ainsi qu'un repli sur soi annonciateurs d'un trouble du comportement se manifestent dans un premier temps. Ce sont surtout les phobies et les peurs qui entraînent l'évitement voire l'isolement de la personne. Il y a donc interruption ou retard des projets établis et des activités habituelles. Toutefois, lorsque nous parlons d'isolement, nous souhaitons préciser que celui-ci ne concerne pas forcément les relations sociales du sujet. En effet, il s'agit plus d'une isolation personnelle, de l'ordre de l'interne. Le manque d'empathie ainsi que le manque d'affection envers autrui en sont des signes majeurs.

Après un temps de latence ou temps de rumination, un syndrome de répétition survient (« flash-backs », cauchemars (ou « rêves traumatiques » selon N. Zadjé (1995)), souvenirs lancinants) confirmant l'existence d'une souffrance psychique.

D'autres signes peuvent apparaître également tels que des pensées et des images obsédantes, des phobies, des troubles du comportement auto ou/et hétéro-agressifs, une hyper-vigilance due à une angoisse d'anéantissement, des troubles mnésiques, des troubles du sommeil (insomnies, parasomnies), des troubles de l'attention, de l'anxiété, des troubles dépressifs, des sentiments de frustration (sensation d'inachèvement, d'abandon des camarades, d'inutilité, d'amertume, de culpabilité du survivant, etc.), des troubles du langage, des troubles affectifs, d'irritabilité et de confusion ainsi qu'une impossibilité de retranscrire en mots le traumatisme. Cela peut amener le sujet lésé à développer de nombreuses pathologies psychosomatiques car le corps est l'indicateur de la psyché.

Le moyen le plus utilisé généralement par les traumatisés pour pallier à tous ces maux, est l'utilisation de mécanismes de défense (que nous développerons plus tard) tels que le clivage, l'évitement ou encore, le déni. Néanmoins, ces ressources personnelles peuvent paradoxalement favoriser le développement d'un trouble comme le PTSD. En effet, sur le terrain, ces mécanismes de défense permettent au travailleur humanitaire de s'adapter au mieux et par conséquent, de poursuivre les tâches qui lui sont incombées. Pour supporter le contexte difficile de leurs interventions, les humanitaires effectuent donc un clivage entre leur tâche technique et la situation externe. Mais une fois de retour chez eux et l'adrénaline retombée, ils sont submergés par les souvenirs et doivent faire face à leur souffrance. Le problème majeur est que cela passe souvent inaperçu et que le sujet en question n'arrive pas à intégrer l'événement dans son histoire de vie. Autrement dit, il ne réussit pas à faire de liens entre l'événement vécu et les ressentis que celui-ci a procuré.

Cette problématique fait par ailleurs référence à ce qui est appelé « l'exil inconscient ». Ce terme désigne l'apparition d'un mal-être chez un soignant, suite à une difficulté à assimiler ce qu'il voit sur le terrain avec ses représentations de base. Dans ce cas-là, il naît ensuite, un sentiment d'étrangeté chez lui et ceci peut

l'amener à ne plus voir ses limites et par conséquent, à agir par instinct. Cette rencontre avec soi-même le fait donc retourner à des aspects originels. En effet, il va obligatoirement effectuer un retour sur ses fondements de base (ce qui lui est prédéfini) qu'il va par la suite confronter à la réalité. Mais cela pourra être également pour lui une source d'enrichissement.

En outre, lors d'un traumatisme, la dimension temporelle de la psyché est, comme nous l'avons dit précédemment, bouleversée. L'individu atteint arrive ainsi moins à se réaliser et ce, principalement à cause du fait qu'il va revivre l'événement et va donc se sentir bloqué dans le présent. Le passé et le futur sont comme effacés. En d'autres termes, il y a un déni des souvenirs et une absence de perspectives de la part du traumatisé. Il devient ainsi complexe pour lui de s'inscrire dans le temps psychiquement puisque le temps lui-même est bouleversé. Il s'agit là d'une déstructuration temporelle.

Par rapport aux troubles psychosociaux, ceux-ci touchent l'individu, sa famille et l'ensemble de ses rapports sociaux. Les premiers symptômes vont d'ailleurs souvent surgir au sein de la famille. Cette dernière va donc être désemparée et devra par conséquent, s'adapter aux maux du traumatisé. Une diminution des interactions sociales va par ailleurs être observable chez le sujet lésé. Celle-ci est due à la perte d'identité de la personne ainsi qu'à une réduction de ses affects, de sa compréhension environnementale et de son engagement à se maintenir au sein de la société. « Les souvenirs prennent tant de place qu'il n'y a plus d'espace pour le présent et ses émotions, pour le partenaire et son amour, pour les enfants et leurs jeux, pour la nature et ses saisons. » (B. Bierens de Haan, 2005, p.44).

Un problème conséquent peut survenir si le traumatisé ne se réadapte pas et qu'il a des enfants. Effectivement, de manière consciente ou inconsciente, celui-ci peut projeter à ses descendants, ses ressentis tels que la culpabilité, la mélancolie, la honte ou encore la dévalorisation de soi avec une incapacité à se voir dans l'avenir (puisque la personne se trouve comme bloquée dans le présent et plus particulièrement dans l'événement qui l'a traumatisé). Ces derniers peuvent alors devenir antisociaux, névrosés, alcooliques, etc. L'échec scolaire est d'ailleurs l'un des premiers signes de transfert du mal-être. Les guerres et les catastrophes sont des événements qui comportent un risque important de développement de ce type de situation chez les familles atteintes. Les désordres systémiques transférentiels (nommés aussi traumatismes trans-générationnels) n'apparaissent toutefois que très rarement après le trauma.

Il est fréquent lorsque le travailleur humanitaire perd son identité, que la confiance qu'il a envers lui-même et les autres soit grandement diminuée. Le principal intéressé va donc généralement être épris d'une peur intense de penser, de s'exprimer et d'agir. Il peut même exister, un risque accru de vengeance de la part du traumatisé car il n'a justement plus ou peu confiance envers autrui. Il va se sentir dans ce cas-là, comme persécuté.

Outre tout cela, d'autres conséquences psychosociales majeures peuvent survenir suite à un traumatisme telles que des troubles addictifs (drogues, médicaments, alcool, etc.), une perte d'autonomie importante, des troubles dépressifs ainsi que des tentatives de suicide. Ce dernier point est d'ailleurs renforcé par le fait que pour un travailleur humanitaire, sortir de son domaine

professionnel représente aussi un deuil. En effet, toute personne revenant d'un contexte humanitaire, souffrant d'un PTSD ou non, a une approche de santé différente. Les idées et perspectives du sujet concernant par exemple, le système de santé de son pays d'origine, diffèrent lorsqu'il rentre de mission. Une réadaptation est donc inévitable.

Le retour va donc être, comme nous l'avons dit précédemment, difficile et va probablement entraîner des conduites à risques. En effet, soulagés d'avoir survécu, les humanitaires relâchent leur vigilance et se permettent certains excès qui peuvent avoir de graves conséquences. Par ailleurs, pour certains, se retrouver face à la mort leur permet de trouver ou de retrouver peut être, un sens à leur vie perdu auparavant. Ceci est extrêmement bouleversant pour le sujet en question et pour les gens qui l'entourent. Nous pouvons ainsi observer qu'il existe un problème de mentalisation pour l'individu atteint si celui-ci se trouve dans le déni ou l'évitement de l'horreur vécue ou encore dans la reviviscence de celle-ci. Ainsi, de manière globale, le stress post-traumatique pose de gros problèmes de réintégration sociale.

Ainsi, de manière globale, le PTSD restreint l'espérance de vie du sujet car il rend celle-ci plus insécure. Selon C. B. Eriksson et *al.* (2001), le PTSD peut en outre durer toute une existence.

Autre conséquence négative mais cette fois-ci, plus d'ordre collectif que personnel, le PTSD est un sujet encore tabou car cela renvoie une mauvaise image des organismes et travailleurs humanitaires. Ces derniers d'ailleurs, sont parfois réticents à l'idée d'avouer leur mal-être et par conséquent, d'être responsables d'une polémique au sein de leur organisation. Ils pensent que parler de leur traumatisme pourrait les empêcher de repartir en mission. Ainsi, le fait que les intervenants humanitaires se restreignent à s'exprimer au sujet du PTSD, entraîne un manque de connaissance sur celui-ci au sein de l'opinion publique. Les soignants parlent en revanche volontiers de la sécurité et du danger de mort en milieu humanitaire. Nous pouvons donc observer que ceux-ci ne cachent pas la réalité du terrain ainsi que les risques qu'il comporte. Cependant, ils évitent de s'exprimer sur les conséquences de ceux-ci qui peuvent être très néfastes.

Le PTSD n'est toutefois pas forcément néfaste d'un point de vue personnel, il peut être également enrichissant car il comprend une exploration (un approfondissement) de soi. Ainsi, les soignants humanitaires peuvent en apprendre beaucoup sur eux-mêmes et sur les autres à travers ce syndrome. Il s'agit donc là d'une expérience de vie. Cela peut permettre aussi au travailleur de s'assouplir face aux règles et concepts théoriques appris dans son pays d'origine. En effet, les gens deviennent plus flexibles et travaillent différemment après avoir exercé dans l'humanitaire. Partir à l'étranger peut par ailleurs offrir la possibilité d'effacer leur routine. Effectivement, lorsque les humanitaires se retrouvent en terre inconnue, ils se découvrent une seconde identité à laquelle ils se familiarisent. Au retour, ils se forgent une troisième identité. Celle-ci ressemble à leur identité initiale mais comporte certaines modifications au niveau des perceptions qu'ils ont par exemple du monde.

Au niveau collectif, la souffrance et le traumatisme peuvent parfois servir à créer quelque chose de nouveau, de bénéfique et d'utile à la communauté,

comme ces personnes qui après avoir souffert d'un événement, vont créer des associations pour venir en aide aux gens qui traversent la même épreuve.

Les effets d'un PTSD peuvent en outre être bénéfiques autant sur le plan commun que sur l'aspect individuel. En effet, nombreux sont les humanitaires qui décident par exemple d'adopter des orphelins. Il s'agit là d'un point de vue psychanalytique, de chercher dans une relation affective réparatrice à atténuer les douleurs liées aux échecs d'une ou de plusieurs missions.

« En deux mots »

Les conséquences d'un PTSD peuvent être d'ordre direct ou indirect.

Elles provoquent un grand chamboulement physio-psycho-social.

Au niveau physique, la fatigue représente le symptôme le plus observé chez une personne souffrant d'un PTSD.

Sur le plan psychologique, une modification du comportement ainsi que de l'identité (par utilisation de mécanismes de défense entre autre) du sujet est le signe majeur d'un PTSD chez celui-ci.

La perturbation de la dynamique familiale constitue la problématique sociale la plus courante chez un individu atteint d'un PTSD.

Ces répercussions réduisent par conséquent, l'espérance de vie du traumatisé.

Les ONG peuvent aussi subir des conséquences suite à l'apparition d'un PTSD chez un ou plusieurs de leurs collaborateurs (personnel moins performant, image négative de l'institution, etc.).

Des répercussions positives au niveau collectif et individuel sont également possibles (enrichissement personnel, création d'associations, adoption d'orphelins, etc.).

7. Ressources

Afin de prévenir ou tout du moins atténuer le PTSD, les soignants humanitaires disposent de ressources de différents types. Celles-ci peuvent être d'ordre personnel, institutionnel ou encore environnemental.

En ce qui concerne les ressources personnelles, il nous semble important d'aborder en premier lieu, le concept de résilience. Celui-ci est lié à la notion de vulnérabilité, qui est plus ancienne et qui possédait une connotation négative jusqu'au début du 20^{ème} siècle. Elle a été depuis, bien étudiée et sa définition a

évolué. Toutefois, elle représente encore de nos jours, un facteur favorisant de l'apparition d'un traumatisme. En effet, soigner autrui en milieu humanitaire confronte tôt ou tard l'intervenant à sa propre vulnérabilité et peut donc mettre en péril son bon fonctionnement psychique. Cette même vulnérabilité lui permet cependant de connaître ses limites et pour ainsi dire, d'empêcher qu'il se sente tout puissant.

Quant à la résilience, celle-ci a comme nous l'avons précisé précédemment, été définie par Rutter en 1992, comme étant la « capacité à réussir de manière acceptable pour la société, en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative. ». Nous pouvons donc réaffirmer que la résilience n'est autre qu'une aptitude à surmonter les épreuves douloureuses de la vie.

B. Cyrulnik, en 1999, s'est aussi intéressé à ce concept et l'a décrit comme suit: « La résilience ne se pense pas de manière linéaire, mais de façon systémique et dynamique... ».

Tomkiewicz, en 2001, rejoint ce point de vue et ajoute que la résilience d'une part, prend sa source dans la génétique du sujet et est d'autre part, un processus évolutif qui vient donc avec le temps et se construit à travers une dimension environnementale et personnelle.

Cet avis corrèle avec celui de Werner et Smith (2001), qui définissent le concept de résilience comme une aptitude à s'adapter aux environnements stressants. La résilience comprend ainsi les ressources que nous avons de base pour faire face à des situations difficiles qui pourraient perturber le bon fonctionnement du sujet.

Ainsi, selon Wagnild et Young (1993), il est important de développer et d'acquérir certaines compétences telles que l'autonomie, la détermination, la persévérance, l'adaptation et la flexibilité. Ils rajoutent que celle-ci dépend également du contexte familial et de la vie sociale du sujet en question.

Le travail de deuil est un bon exemple de dynamique de résilience puisque le cheminement permettant de se construire, de se protéger et de s'adapter relève justement de celle-ci. Nous pouvons ainsi ressortir plus enrichis d'une épreuve difficile.

Ce qu'il faut surtout retenir avec la résilience est qu'elle comprend une dimension dynamique et holistique et qu'il ne s'agit pas d'une posture quotidienne et permanente. Bonanno et *al.* (2006), précisent d'ailleurs que la résilience dépend de facteurs socio-culturels, psychologiques, historiques, économiques, politiques et écologiques. Des aspects qui sont justement en mouvance continuelle.

La résilience a été officiellement reconnue comme mécanisme adaptatif humain aux catastrophes, suite au 11 septembre 2001. Depuis cet événement, le concept de résilience est par ailleurs très utilisé dans les thérapies cognitivo-comportementales.

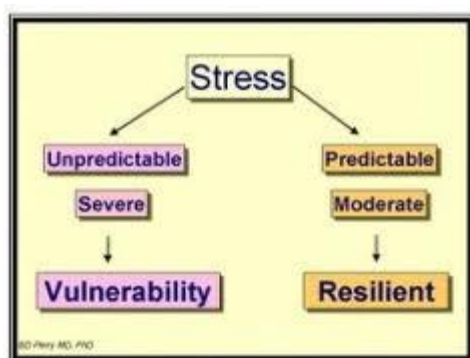
Concernant plus spécifiquement les intervenants humanitaires étant sur le terrain, il faut savoir que la résilience se maintient et se développe d'avantage

chez eux si l'aide matérielle est disponible, efficace et suffisante, ce qui renforce par conséquent, l'investissement et l'engagement de ces derniers. La résilience est d'autant plus favorisée si les soignants pratiquent du sport ou d'autres activités relaxantes. En effet, cela permet de s'évader et de se concentrer uniquement sur soi-même.

De plus, selon Connor et Davidson (2003), la mise en place d'un traitement pharmacologique appelé « drug therapy » augmente aussi la capacité de résilience.

Puisque nous vous avons parlé des concepts de vulnérabilité et de résilience, il nous semblait nécessaire de définir également la santé qui constitue selon nous, le résultat d'un équilibre entre justement la vulnérabilité et la résilience.

Ainsi, d'après l'OMS, la santé se décrit comme un état de bien être physio-psycho-social et qui ne réside pas seulement en l'absence de maladie et d'infirmité. De même que la capacité de résilience ne se définit pas à travers l'absence de traumatisme. La résilience fait donc partie intégrante dans le maintien d'un bon état de santé et celle-ci va de plus agir en cas de détérioration.



Tiré de : www.gosmellthecoffee.com, 2009

D'autres ressources personnelles autres que la résilience, permettent de préserver une bonne santé mentale sur le terrain. En effet, les soignants humanitaires utilisent souvent des moyens tels que leur expérience professionnelle et de vie, leur capacité à relativiser (qui se développe au fur et à mesure des missions effectuées), leurs acquis théoriques professionnels (langues, techniques de soins, etc.) et personnels (éducation), leur esprit d'aventurier, leur curiosité, leurs loisirs (littérature, poésie, musique, peinture, méditation etc.), leur consommation de substances diverses (alcool, drogues, médicaments, etc.) ainsi que l'hygiène. Effectivement, selon B. Bierens de Haan (2005), se laver représente un rituel purificateur et donc symbolique (p.173).

Nous pouvons ainsi voir à travers le paragraphe précédent, que le soignant humanitaire fait souvent preuve d'ouverture d'esprit (curiosité, esprit d'aventure, etc.) pour mieux s'adapter à la situation dans laquelle il se trouve. Il va donc généralement s'ouvrir aux autres sans se fermer à lui-même. Cela comporte ainsi une adaptation à une autre culture sans toutefois, occulter ses propres savoirs. Il s'agit là et comme nous l'avons déjà dit, d'une néo-organisation sociale ou autrement dit, « survivance » selon J. Altounian (2000).

En outre, comme nous l'avons dit précédemment, l'expérience de vie constitue aussi une ressource importante. En effet, selon B. Bierens de Haan (2005), une blessure durant l'enfance du travailleur humanitaire avec un risque mortel (maladie, maltraitance, accident, abandon, solitude, etc.) semble renforcer le psychisme du sujet (p. 71). Un antécédent de souffrance psychique représente donc dans ce cas-là, un élément constructif permettant au soignant de s'accrocher à la vie et par conséquent, à son travail.

D'autres auteurs dont M. Balint, rejoignent l'avis de B. Bierens de Haan en mettant en avant la corrélation entre l'enfance vécue et les capacités de l'individu à faire face à un traumatisme. Toutefois, M. Balint démontre que celles-ci ne sont pas les mêmes que celles présentées par B. Bierens de Haan. Il précise en effet que les personnes ayant un attachement insécure durant l'enfance (traumatisme entraînant une peur de l'abandon par la mère) seront moins à l'aise dans le domaine humanitaire. A l'inverse et toujours selon le même auteur, les individus ayant eu une enfance protectrice (attachement sécure de J. Bowlby) chercheront à perdre des repères qu'ils sont sûrs de pouvoir retrouver à travers leurs missions humanitaires. Nous pouvons ainsi observer qu'il existe selon M. Balint, deux types d'attitudes par rapport aux situations à risque, les accepter ou les craindre.

Selon notre interlocutrice psychologue, le travailleur humanitaire, afin d'atténuer sa souffrance lorsqu'il se retrouve sur le terrain, va souvent exercer de manière trop intense sa profession. En effet, se consacrer entièrement aux victimes va lui permettre de moins se remettre en question. Cela va aussi le conforter dans l'idée que ce qu'il fait est utile et par conséquent, cela va le soulager. En d'autres termes, lutter contre la souffrance d'autrui permet de contrôler sa propre angoisse. Il s'agit là à nouveau selon Bierens de Haan (2005), d'« ...une forme de sublimation réussie. » (p.78). Certains, comme nous l'avons précisé dans le chapitre concernant les conséquences d'un traumatisme, vont même créer des associations pour venir en aide aux gens qui traversent la même épreuve. D'autres vont jusqu'à mettre en péril leur vie pour se sentir d'avantage libre et vivant et à force de côtoyer la mort au quotidien, ils vont devenir capables d'imaginer leur propre mort et par conséquent, de mieux l'apprivoiser. Le domaine humanitaire représente ainsi pour eux, une échappatoire qui au fur et à mesure, peut les mener à l'errance la plus totale.

Pour faire face aux situations traumatisantes que le soignant humanitaire vit sur le terrain, celui-ci utilise divers mécanismes de défenses. Ces derniers sont classés en six types que nous avons déjà brièvement énoncé précédemment:

- Les mécanismes du registre névrotique, qui se manifestent par une inhibition à l'ouverture d'esprit et à la créativité, par l'obsessionnalisation, par le cynisme (dénigrement de l'autre), par le dogmatisme (psychorigidité envers autrui) ainsi que par l'illusion groupale (difficulté à régler ses problèmes de manière individuelle)
- L'expression thymique ou anxieuse, qui correspond à un repli sur soi, à un investissement exagéré envers les autres, à un sentiment d'abandon, à des sentiments exacerbés (manie, hypomanie), à de l'anxiété, à de la culpabilité, à des attaques de panique ainsi qu'à un sentiment de

persécution. Ce type de mécanisme de défense conduit généralement à la dépression lié à une anxiété généralisée

- Les mécanismes du registre narcissique, qui comprennent une absence de partage de pensées avec les autres, un comportement de fuite, une difficulté à dialoguer (passage à l'acte fréquent), une fatigue mentale, des troubles addictifs, une diminution de sa propre unicité (se réfère (imite) souvent aux autres) ainsi que de grandes difficultés à concilier vie privée et vie professionnelle. Concernant ce dernier point, le travailleur humanitaire est généralement dans le même état d'esprit, qu'il soit sur le terrain ou chez lui
- La somatisation, qui reflète des angoisses ancrées très profondément dans la psyché et qui refont surfaces à travers le corps. Selon Kaës (1998), « Le corps est l'ultime recours au signe, plutôt que de faire sens. ».
- Les mécanismes du registre psychotique, qui se perçoivent à travers un état de sidération (pas de pensées ni d'actions), à travers également le déni, la projection (l'autre est considéré comme la source du problème, il est donc perçu comme quelqu'un de persécutant), le clivage, la perte des réalités (le sujet va montrer une certaine inconscience. Il va par exemple, normaliser certaines situations initialement choquantes.)
- Les mécanismes infantiles, qui se réfèrent à l'auto-engendrement, à l'auto-contemplation (croit que tout est grâce à lui et occulte autrui), à la perte d'identité progressive car dénigrement de l'autre (parce que notre identité se construit à travers les autres) ainsi qu'à des troubles d'attachement et de séparation (dépendance affective, sentiment de solitude et dévalorisation de l'autre)

Plus globalement, les soignants humanitaires ont tendance à recourir à l'humour ainsi qu'à la dissociation péri-traumatique ou autrement dit, au clivage (entre leurs tâches professionnelles et l'environnement externe) pour s'adapter au mieux aux événements auxquels, ils font face.

D'autres mécanismes protecteurs comme l'isolement ou la projection sont souvent aussi utilisés par les intervenants humanitaires. Concernant le dernier cité, celui-ci peut faire naître chez le sujet en question et comme nous l'avons déjà dit, une envie de vengeance à l'encontre des autres car il n'a plus ou peu confiance en eux.

Outre les mécanismes de défense personnels, il existe également des processus adaptatifs collectifs qui sont entre autres, le dialogue, la résignation, la révolte et la solidarité. Ceux-ci mettent en exergue la dimension groupale et sont la définition même du concept de « résistance » selon Zaltzman (1999).

De plus, il arrive que le soignant humanitaire développe et utilise par la suite, des contre-attitudes affectives. Celles-ci représentent de manière plus globale, le « contre-transfert culturel ». C'est-à-dire, comme nous l'avons souligné auparavant, que le soignant va répondre à autrui selon ses représentations personnelles mais également collectives, en tenant compte consciemment ou inconsciemment de son contexte culturel d'origine. Selon Winnicott (1975), l'expérience transculturelle se traduit par un partage de fondements psychiques entre individus. Ainsi, chaque situation est unique et devient plus créative et plus riche lorsqu'elle est commune et non lorsqu'elle est individuelle. En résumé, à travers les relations avec autrui, l'intervenant va être confronté à des transferts d'émotions, de connaissances, etc., auxquelles il devra répondre avec des réactions adaptatives (contre-transfert); d'où l'importance qu'il se connaisse bien, qu'il se prépare adéquatement et qu'il ait conscience de ces différents mécanismes.

Cette notion de contre-transfert n'est pas nouvelle et n'est pas en outre rattachée uniquement au monde humanitaire. En effet, pour chaque situation de soins, quelque soit le domaine de santé, ce mécanisme humain est mis en avant. En milieu humanitaire, il est simplement plus présent. Le fait d'être étranger au pays est cependant aussi un atout pour l' « expatrié ». Effectivement, étant moins atteint sur le plan émotionnel que la population locale par l'événement vécu et auquel il doit faire face, il sera d'une grande aide pour cette dernière. Même s'il peut être troublé sur le plan affectif, il sera néanmoins plus à même de réaliser ses tâches professionnelles. Mais son utilité première va être d'aider les gens à développer et utiliser leurs ressources personnelles.

Nous allons maintenant vous parler des ressources institutionnelles qui sont multiples et variées. Avant toute chose, nous devons souligner l'importance d'un cadre efficace envers les intervenants humanitaires présents sur le terrain pour qu'ils puissent mener à bien leurs missions. Pour cela, il est tout d'abord primordial que l'organisme soit bien structuré, présent (débriefting par des consultants psychiatriques qui viennent sur place par exemple), politisé et constitué de principes clairs. Cela va permettre par conséquent à l'expatrié de se sentir sécurisé et d'éviter le chaos.

Ainsi, l'institution joue un rôle de « mère ». A travers ses démarches contenantes, elle va chercher à unir les intervenants. Cependant, cette structure ne doit pas être trop rigide car cela pourrait entraîner un frein dans l'évolution des projets entrepris. Il faut donc prendre en considération le contexte, les demandes, etc. des employés pour rendre cela plus flexible.

Sur le terrain, il faut en outre que les chefs de projets soient bien préparés, qu'ils soient résistants au stress et qu'ils sachent par-dessus tout, anticiper celui de leurs subordonnés. En effet, un leader compétent et une équipe soudée représentent la base d'une action efficace. Ainsi, l'instauration et le maintien de bonnes relations au sein de l'équipe est nécessaire en vue de ne pas provoquer l'isolement d'un collègue et par conséquent, le développement d'un PTSD. C'est là où la culture d'entreprise prend tout son sens.

Le CICR préconise d'ailleurs l'entraide entre les intervenants pour gérer le stress du terrain dans un premier temps. Il encourage donc grandement les humanitaires à se soutenir les uns les autres en offrant leur aide (même si elle est

refusée), en évitant l'indifférence et en invitant le partage d'émotions, de perceptions, de valeurs et d'expériences (groupes de parole) et ce, sans jugement ni interprétation des réactions. Cette méthode peut prendre la forme d'une médiation et celle-ci doit être diversifiée, créative et adaptée au contexte et aux aptitudes et différences de chacun. Cette pratique peut être par exemple, des séances de relaxation, des psychodrames, des jeux de rôles, etc. et a pour buts principaux, de favoriser le dialogue, l'écoute entre partenaires et par conséquent, l'entente multidisciplinaire, ceci permettant par la suite, d'élargir le panel des possibilités de projets. Ainsi, tous les membres de l'équipe soignante se sentiront à leur place et les problèmes actuels seront mentalisés, exprimés et traités communément.

Concernant plus précisément la mise en place d'un projet humanitaire, les rôles de chacun doivent être clairement définis, tout comme les démarches imaginées et entretenues. Il est important que ces dernières soient expliquées aux principaux concernés et non imposées.

Il faut savoir également que les travailleurs humanitaires peuvent se ressourcer en ayant droit à des jours de repos, à l'écart du lieu de travail. Ils peuvent en outre, être remplacés lorsqu'ils ne sont plus en mesure d'effectuer les tâches qui leur incombent.

Par ailleurs, ils peuvent bénéficier de diverses ressources médico-sociales sur le terrain qui peuvent servir de compléments dans la préservation d'un bien-être physio-psycho-social.

En ce qui concerne les ressources environnementales, il est important que le soignant humanitaire ne vive pas en vase clos avec ses collègues (même si une complicité doit être préservée entre eux), qu'il prenne de la distance lors de conflits d'équipe et qu'il se sente utile auprès de la population lésée à travers un intérêt porté à la culture locale.

Néanmoins, il est nécessaire que le travailleur humanitaire entretienne des relations d'amitié, de solidarité et de fraternité avec ses camarades. Une fidélité infaillible peut également naître entre les victimes et les soignants, ces derniers refusant de quitter leur lieu d'affectation, une fois leur mission terminée. Le courage des victimes renforce en effet celui des intervenants humanitaires. Les rencontres humaines sont ainsi le point fort du travail humanitaire et nombreux sont les expatriés qui pensent comme le personnage principal de « La Peste » d'Albert Camus, cité par B. Bierens de Haan (2005): « ... il y a dans les hommes plus de choses à admirer que de choses à mépriser. » (p.87).

Autre ressource environnementale dont peut bénéficier le soignant humanitaire, est l'apport d'un interprète lorsque celui-ci ne connaît pas la langue locale.

Par ailleurs, et comme nous l'avons mentionné dans le chapitre des conséquences, il arrive que certains humanitaires adoptent des orphelins. Il s'agit-là pour eux de chercher dans une relation affective réparatrice à résoudre les échecs d'une mission.

En résumé, tout cela aide l'intervenant à maintenir un certain équilibre interne dans sa profession.

Pour conclure ce chapitre concernant les ressources, nous pouvons dire qu'il est parfois très difficile de travailler dans le milieu humanitaire car il faut se confronter à une culture inconnue et s'adapter à celle-ci avec un manque de ressources personnelles conséquent. Il faut donc être bien préparé à aller à la rencontre de l'autre et ce, dans un contexte spécial. Il est de rigueur également de prendre conscience des problèmes lorsque ceux-ci nous atteignent.

Il n'existe aucune méthode type pour faire face à des difficultés lorsque les intervenants sont en mission humanitaire, cela fait partie du métier. Cependant, ils peuvent les réduire en tenant compte de trois principes majeurs.

Le premier s'appuie sur la curiosité. Celle-ci ne doit pas être trop débordante mais doit permettre aux expatriés de partager leur savoir avec les autres.

Le deuxième consiste à s'aider au maximum de la population affectée. En effet, étant donné qu'elle connaît mieux le contexte dans lequel elle se trouve, il semble judicieux en tant que soignant de collaborer avec elle.

En ce qui concerne le troisième, celui-ci s'intéresse au fait qu'il est pertinent d'inscrire concrètement le domaine psychiatrique en milieu humanitaire car cela permet aux soignants de pouvoir témoigner à travers leur travail et par conséquent, de se soulager eux-mêmes ainsi que la population. Il s'agit-là plus précisément d'effectuer des témoignages humanistes et de manière indirecte.

Il existe donc de multiples et différentes ressources qui sont propres à chacun. Cependant, il semble important selon nous, de souligner le fait que celles-ci peuvent devenir néfastes si elles sont utilisées à l'excès.

« En deux mots »

Il existe des ressources personnelles, institutionnelles ou environnementales.

Sur le plan individuel, l'expérience de vie, les mécanismes de défense, les processus adaptatifs ainsi que les contre-transferts culturels représentent les ressources principales observables chez un intervenant humanitaire.

Au niveau organisationnel, les ressources majeures d'un soignant humanitaire sont une préparation adéquate en phase pré-mission ainsi qu'un soutien en phases per et post-mission.

Concernant les ressources environnementales, celles-ci sont principalement pour le travailleur humanitaire, le soutien apporté par l'équipe et la population.

Celles-ci renforcent la résilience (qui est liée à la vulnérabilité) du sujet en question.

Les difficultés sur le terrain sont inévitables mais elles peuvent être réduites par trois principes qui sont la curiosité, l'aide de la population et l'intégration de la psychiatre au sein du domaine humanitaire.

Les ressources sont propres à chacun et elles peuvent également être néfastes si elles sont utilisées à l'excès.

8. Prise en charge

La prise en charge du PTSD et des différents stress vécus par les soignants humanitaires est divisée en plusieurs étapes et est constituée de plusieurs approches. En premier lieu, une prévention primaire est nécessaire afin de prévenir l'apparition d'un PTSD. Dans un second temps, lorsque le diagnostic de PTSD est posé, différents types de thérapies sont mis en place dans le but de traiter les symptômes. Enfin, un processus de réhabilitation est instauré afin que la victime du traumatisme puisse retrouver un niveau de vie satisfaisant.

Concernant la prise en charge primaire, le recrutement et la préparation des travailleurs humanitaires revêtent une importance particulière. Lors du recrutement, il est tout d'abord important d'évaluer la résistance au stress des candidats humanitaires, d'identifier les épreuves déjà subies mais aussi les moyens utilisés pour les surmonter. Une observation accrue des candidats lors des entretiens de candidature (afin de déceler des signes de fragilité) est donc nécessaire.

Une fois ces derniers effectués, le responsable d'équipe, en fonction des évaluations des capacités personnelles des candidats, va se charger de choisir les membres de l'équipe qui ira sur le terrain.

Celle-ci étant constituée, elle va devoir par la suite se préparer adéquatement en vue du départ sur le terrain. Cette étape est dénommée « team training » par les anglo-saxons. Il faut que les intervenants soient donc préparés de manière optimale par les organisations qui les envoient sur le terrain pour permettre d'instaurer et de préserver un travail collectif efficace. Ce processus est d'ailleurs déjà enseigné au sein de quelques écoles infirmières à travers le monde.

Plus précisément, les principes clés en phase de préparation de la mission sont de structurer le plan d'action et de définir les rôles et les buts de chacun. Pour mettre en œuvre ces règles d'intervention, des protocoles ont d'ailleurs été développés. Il est connu en effet lors de missions, que des problèmes peuvent survenir au sein de l'équipe lorsque les rôles sont mal définis, ce qui crée un désengagement de ceux-ci et par conséquent, un sentiment d'impuissance générale. Les missions sont donc par la suite, moins bien menées. Le leadership est ainsi nécessaire, de même que le support institutionnel auprès des employés qui s'épuisent sur le terrain. Effectivement, un problème souvent relevé dans le domaine humanitaire est qu'il y a beaucoup de jeunes intervenants qui se plaignent d'être mal ou pas assez préparés. Le processus de préparation des intervenants comprend par ailleurs des briefings et la remise de documents qui leur permettent ainsi de s'adapter convenablement à la culture à laquelle ils vont devoir faire face.

Pour mieux illustrer nos propos, nous avons choisi l'exemple de MSF. Au sein de cette organisation humanitaire, le programme type de recrutement et de préparation est constitué en plusieurs phases. La plus importante réside dans la formation par compagnonnage. Cette dernière est axée sur des entretiens, des discussions de cas cliniques ainsi que sur la structure de soins. Le projet devra par la suite, être mis en place en fonction des acquis et des innés du soignant. Il faut aussi que ce dernier ait de l'expérience et ne soit pas submergé par le contexte dans lequel il se trouve. Par exemple, il est préférable pour l'intervenant humanitaire lorsqu'il ne connaît pas la langue du pays, de s'aider d'un interprète.

Ainsi, les décisions d'engagement doivent être murement réfléchies. MSF a d'ailleurs instauré de nouvelles et modifié d'anciennes stratégies de prise en charge de leurs employés afin de faciliter leur adaptation dès leur arrivée à l'étranger.

« Qu'ils sachent simplement que ce travail n'est pas facile et qu'ils devront, pour le mener à bien, être épaulés. » (B. Bierens de Haan, 2005, p.270).

Nous allons poursuivre maintenant notre travail en évoquant la seconde phase de la prise en charge qui a lieu sur le terrain. Comme nous avons pu le démontrer dans le chapitre reprenant l'historique du PTSD, la prise en charge des personnes souffrant de traumatismes sur un terrain hostile a évolué. En effet, lors de la Première Guerre mondiale et plus précisément en 1917, T. Salmon, un psychiatre militaire américain a établi quatre principes psychiatriques militaires afin de subvenir aux besoins des soldats traumatisés. Ceux-ci étaient l'immédiateté de l'action de soins, la proximité des soignants avec le lieu de l'événement

traumatisant, la simplicité des actes effectués et l'espérance apportée aux victimes.

De nos jours, la prise en charge sur le terrain repose également sur quatre piliers qui sont néanmoins différents de ceux érigés par T. Salmon car d'une part, ils ne se basent pas sur les mêmes aspects de la prise en soins et d'autre part, parce qu'ils relèvent d'avantage d'une démarche préventive de l'apparition d'un PTSD que d'une approche thérapeutique de celui-ci. Ainsi, à l'heure actuelle, il est jugé primordial que chaque mission comporte un chef compétent et empathique, une information régulière et actualisée, une communication fluide entre les différents acteurs humanitaires (ONG, administrateurs d'hôpitaux, bénévoles, etc.) sur le terrain ainsi qu'au siège de l'organisation et un plan d'évacuation d'urgence en cas d'incidents. L'organisme doit donc être bien structuré et ce, sur tous les fronts.

Autre point essentiel à l'accomplissement d'une mission humanitaire sur le terrain, est l'apport de matériel (véhicules, radios, médicaments, nourriture, etc.) en bon état et en quantité suffisante. C'est le rôle du soignant de contrôler celui-ci en parallèle à ses devoirs de promotion des soins médicaux, des droits humains et des biens socio-éducatifs. Il doit en outre faire très attention à ne pas exposer les fournitures à la vue de tous car celles-ci peuvent être très convoitées et par conséquent, l'intervenant humanitaire peut se retrouver dans une situation à risque. Les soignants ont généralement conscience de cette problématique et font en sorte que cela ne se produise pas, contrairement à ce que les médias veulent parfois démontrer et ce, alors que des organisations humanitaires telles que l'UNICEF et l'HCR, ont élaboré et imposé à leurs employés, des consignes de sécurité strictes.

Désormais, les institutions humanitaires se préoccupent effectivement d'avantage des intervenants sur le terrain. C'est pourquoi, certaines d'entre elles proposent des missions planifiées d'appui, qui consistent en l'évaluation de l'état émotionnel et de stress de l'équipe soignante sur le terrain et de faire des rapports proposant des solutions. Cette démarche est très efficace par exemple pour déceler chez les expatriés, différents types de stress tels que le stress cumulatif.

D'ailleurs, pour contrer ce dernier, le CICR propose la formule des « 3-R » : repos, repas et relation. Celle-ci permet plus globalement aux soignants de se ressourcer en se retirant du site d'intervention pour un temps déterminé.

L'intervenant peut par ailleurs à tout moment arrêter sa mission afin de retourner dans son pays d'origine mais sa décision doit être mûrement réfléchie (tout comme celle de son engagement). MSF a d'ailleurs pour cela, instauré de nouvelles et modifié d'anciennes stratégies de prise en charge de leurs employés afin de faciliter leur retour. Cependant, celui-ci ne se fait pas aussi simplement car le sujet va devoir assumer et avouer son mal-être. Les organismes font toutefois attention à ce que les besoins du personnel soient reconnus et que la détresse individuelle ne soit plus considérée comme une faiblesse ou un manque de professionnalisme mais comme un aspect incontournable du métier.

En résumé, la prise en charge du stress cumulatif est complexe et subtile. Elle ne représente pas une urgence mais nécessite une action sur le long terme. Il faut donc, comme nous l'avons décrit plus haut, mettre l'expatrié à distance, le

protéger contre les sources d'épuisement, reconnaître l'état de « burn-out » (dont la fatigue est le symptôme le plus indicatif) et lui offrir la possibilité de se reposer sans culpabilité.

En cas de traumatisme, le CICR rappelle à ses collaborateurs qu'il est important d'oser parler sans avoir peur d'être considéré comme inapte au travail car leurs soucis ne sont pas banalisés et leurs réactions ne sont pas jugées par les collègues qui les soutiennent.

Pour mieux appréhender cette problématique, les anglophones utilisent d'ailleurs la formule des « 3-T »: « talk, tears, time » qui correspond à une identification du traumatisme et des besoins (écoute et expression des émotions, prohibition d'alcool, de drogues ou de médicaments, etc.) de l'expatrié atteint. Il s'agit donc là, de le mettre en sécurité, d'obtenir un récit de sa part et de le relier au groupe. La victime d'un trauma aura ainsi besoin d'une explication, de sollicitude et d'un projet clair.

Si ces moyens ne sont pas suffisants, il est judicieux de l'orienter vers un professionnel de la santé mentale afin qu'il suive une thérapie individuelle ou groupale. Cette dernière doit par ailleurs être observée et analysée régulièrement et plus particulièrement, au niveau des effets qu'elle procure. Elle peut se dérouler directement sur le lieu même de l'intervention humanitaire. En effet, il existe des psychiatres internes ou externes à l'ONG concernée qui se déplacent sur le terrain. Cette pratique est malgré tout peu courante. D'ailleurs, MSF vise plus la cohésion de groupe que le soutien individuel.

Lors d'un traumatisme collectif (tremblement de terre), il est important d'analyser le récit de chaque traumatisé et ce, de manière individuelle car il est primordial de comprendre à travers les entretiens, comment il a vécu l'événement ainsi que les réactions adaptatives spontanées (face à la violence, au risque de mort amenant le sentiment de peur, etc.) et tardives (dénier, persévérance, etc.) qu'il a manifesté. Pour ce faire, l'envoi d'une petite équipe sur place constituée d'un responsable de la gestion opérationnelle et d'une personne chargée de la gestion des émotions et du deuil est nécessaire. Il est important qu'ils soient extérieurs au drame et qu'ils aient de l'expérience dans des situations similaires.

La personne responsable de la gestion des émotions et du deuil réalise alors un débriefing émotionnel pouvant être appelé aussi, « critical incident stress debriefing » (CISD) (concept développé par J. Mitchell en 1983, un pompier américain licencié en psychologie). Celui-ci doit par ailleurs être effectué dans les deux à cinq jours suivant l'événement. Tous les survivants sont alors réunis dans une pièce calme et un leader du groupe (généralement le médecin) est désigné. Deux règles essentielles doivent notamment être respectées: la liberté d'expression et la confidentialité. En effet, chacun doit pouvoir raconter son vécu de l'incident et transmettre ses émotions au groupe.

La première étape consiste en un récit précis et détaillé des faits. La seconde, comprend une évocation des pensées et des réflexions lors de l'événement. La troisième est une description des réactions émotionnelles et des symptômes subsistant après le traumatisme (troubles du sommeil, angoisse et/ou excitation, flash-backs, etc.). Enfin, la dernière, souligne le caractère normal des

réactions et envisage le futur (poursuite des activités, période de repos ou retour au siège).

Cela permet par conséquent, d'identifier le besoin d'un soutien individualisé. A noter que ce débriefing n'est pas obligatoire. Toutefois, il est préférable que toutes les personnes ayant vécu l'incident y soient présentes même si elles ne sont pas obligées de s'exprimer.

Le tsunami du 26 décembre 2004 illustre bien la prise en charge décrite auparavant. En effet, des groupes de soutien cognitif (débriefing avec supervision par des coordinateurs-observateurs) ont été mis en place sur le terrain et plus particulièrement pour les jeunes travailleurs humanitaires. Ces séances permettaient surtout de mettre l'accent sur les risques du PTSD tels que l'abus de substance et le suicide, et offraient la possibilité aux gens qui y assistaient de mettre en mots leur vécu.

Il faut savoir que cela fait depuis de nombreuses années que la psychiatrie s'intéresse à l'humanitaire. La dimension psychiatrique dans ce domaine revêt d'ailleurs d'une importance cruciale pour les intervenants humanitaires qui font parfois face à des situations traumatisantes comme lorsqu'ils sont kidnappés.

Dans ce cas-ci, certaines recommandations sont également émises par les institutions humanitaires. Celles-ci sont même très précises et se comptent au nombre de quatre. En effet, il faut obéir aux kidnappeurs, ne pas chercher à s'évader, faire confiance au personnel s'occupant des familles dans le pays d'origine et avoir sur soi, l'indispensable absolu comme une bonne paire de chaussures. Cependant, malgré ces consignes, ce genre d'événement est ressenti généralement par les soignants qui l'ont vécu, comme une humiliation mêlée à une angoisse profonde.

Un autre type de situation traumatisante qui peut être rencontré par les soignants humanitaires, est le deuil de collègues décédés d'une mort violente durant une mission. Dans ce genre de cas, le CICR prend un certain nombre de mesures.

Premièrement, il informe immédiatement la famille (le siège de l'institution doit être le premier à annoncer la nouvelle à celle-ci). Deuxièmement, l'équipe sur le terrain est soutenue par l'envoi d'un responsable opérationnel, d'un chargé de sécurité ainsi que d'un médecin pour la gestion du deuil et du stress. Par la suite, une journée de deuil est organisée pour toute l'institution durant laquelle, toutes ses activités sont suspendues. Par ailleurs, une cérémonie a lieu sur place puis à l'aéroport lors de l'accueil des cercueils avec les familles.

En outre, une année après le drame, une cérémonie commémorative peut être organisée. Pour être accompli, ce rite doit se dérouler dans un espace symbolique, à un moment réservé à la cérémonie et ce, sans interférences externes. Il doit de plus, être mené par un intervenant religieux ou non qui est dans le jargon professionnel, nommé « passeur ». Cette pratique va permettre aux principaux concernés, de trouver de la consolation ainsi que certaines réponses à leurs interrogations et en parallèle, cela va leur permettre de se remémorer quelques souvenirs. Nous pouvons ainsi observer l'utilité pour les proches du défunt, d'assister à ce type de rite. B. Bierens de Haan (2005) résume cette

constatation en disant: « Les rites funéraires [...] servent avant tout aux vivants... » (p.219).

Les tragiques événements survenus en Tchétchénie le 17 décembre 1996, où six collaborateurs du CICR ont été abattus durant leur sommeil, représentent bien le type de situation nécessitant une prise en charge du stress post-traumatique et du deuil. Dans un premier temps, une équipe constituée d'un responsable de gestion opérationnelle et d'un thérapeute (en l'occurrence, B. Bierens de Haan) a été envoyée sur place afin de soulager l'équipe endeuillée et traumatisée. Arrivée sur place, elle a recueilli un premier récit des événements de manière informelle. Après une nuit de sommeil réparatrice, un débriefing émotionnel avec récit du drame et partage des émotions a été effectué sur place. Puis, une cérémonie pour les morts a été organisée afin que les différents membres de l'équipe se sentent solidaires et unis, qu'un processus de deuil soit inauguré et que les dimensions spirituelle et religieuse soient respectées. Enfin, un retour rapide des survivants avec les dépouilles a été effectué afin que les familles des victimes puissent également faire leur deuil. Par la suite, un soutien collectif et individuel a été offert aux collaborateurs, de même qu'un second débriefing émotionnel six semaines plus tard.

La dernière phase de la prise en charge des soignants humanitaires traumatisés a lieu lors de leur retour dans leur pays d'origine. Celle-ci a pour but de traiter les symptômes de manière approfondie à l'aide de différentes approches et de réinsérer ou de maintenir les victimes au sein de la société. Ainsi, lors du retour, puisque les expatriés sont sensibles et fragilisés par leurs expériences, il faut donc dans un premier temps, les protéger de l'extérieur (presse, public voire familles ou collègues trop curieux, etc.) pour leur laisser une période de repos. L'accueil chaleureux des travailleurs humanitaires par leurs proches est également d'une importance capitale. En effet, il semblerait selon l'ancien délégué du CICR que nous avons interviewé, que les débriefings individuels ou collectifs et les traitements ne soient pas indispensables. Ce qui l'est par contre, c'est le fait d'être accueilli et réintégré. L'avantage est qu'il n'a pas besoin d'être fait par un psychiatre, au contraire d'un traitement psychologique qui nécessite l'intervention d'un spécialiste.

La prise en charge au retour peut être constituée de différentes approches telles que des débriefings, des entretiens (analyse de la réponse émotionnelle les six premiers mois après le retour de mission), des questionnaires et des échelles de mesure psychologique. Par exemple, il existe la possibilité chez MSF, d'être intégré dans des groupes de parole à raison de deux séances par semaine. L'organisme va aussi distribuer une liste de psychologues que les employés pourront solliciter en cas de besoin et ce, de manière rapide.

Les débriefings (terme provenant de la psychiatrie militaire) au retour, servent surtout à tirer un bilan de ce qui s'est passé sur le terrain. Ils consistent en la mise en parole de manière individuelle ou groupale d'une situation et de son impact sur la victime, ce qui va permettre à cette dernière d'intégrer l'événement traumatisant dans son histoire de vie. Ils permettent en outre, de déceler des symptômes pouvant indiquer une pathologie psychique telle que le PTSD. Ce dernier représente d'ailleurs selon notre interlocutrice psychologue, le trouble le plus souvent observé lors du débriefing de retour. Une observation renforcée notamment par le fait que certains humanitaires avouent durant les débriefings,

avoir souffert d'un stress intense affectant leurs capacités. Durant ceux-ci, il est important en outre, afin d'établir un diagnostic qualitatif crédible, de tenir compte de l'unicité de la personne ainsi que de son contexte socio-culturel car il ne faut pas négliger le fait qu'il y a des différences marquées entre les diverses populations du monde. Selon J.-P. Sartre (1946), chaque homme est unique et important sans toutefois, être parfait.

Par ailleurs, dans le cas d'un traumatisme collectif, il est judicieux d'observer les réactions de l'ensemble des victimes. Si plusieurs d'entre elles manifestent le même type de comportements face ou suite à la même situation, ceci va renforcer l'authenticité du diagnostic sur le plan quantitatif. D'autant plus que ce syndrome, qui a été l'objet de nombreux abus auprès des assurances par des gens simulant un PTSD, a vu son diagnostic devenir fortement ambigu. Ainsi, la formulation de celui-ci est nécessaire afin d'identifier, de nommer et de traiter efficacement le mal-être du sujet en question. Une fois le diagnostic de PTSD clairement posé, une thérapie psychiatrique plus approfondie est mise en place.

Il faut savoir avant tout qu'une évolution s'est faite au niveau des prises en charge. Effectivement, celles-ci sont maintenant plus axées sur le mental et non pas uniquement sur l'aspect corporel de la personne. De plus, une approche plus holistique et systémique a été intégrée dans les thérapies.

En France par exemple, concernant les prises en charge en milieu humanitaire, les thérapeutes mettent l'accent sur l'écoute, sur la compréhension de l'autre et de son histoire de vie, sur l'empathie, sur la mise en confiance, sur l'observation, l'analyse et l'explication du mal-être et en outre, sur le développement de ressources personnelles. Ce processus thérapeutique qui n'est autre que la psychanalyse, permet d'observer et d'analyser le traumatisme en parallèle avec le vécu du patient et de renforcer considérablement la résilience de ce dernier car il va pouvoir se décharger et se déculpabiliser.

Nous pouvons ainsi remarquer que la méthode française démontre une approche holistique tandis que leurs confrères anglo-saxons, s'intéressent plus à la symptomatologie. Il est à noter par ailleurs, que les Français manifestent d'avantage d'intérêt pour le domaine transculturel, contrairement aux Anglo-Saxons. Ils pensent en effet qu'une personne ayant des repères est plus apte à entrer en relation avec les autres.

Autre attitude à adopter de la part du psychiatre lors d'une thérapie, est l'attention portée à ce que le traumatisé ne se sente pas influencé et manipulé par ses questions. Il faut donc que le thérapeute commence par créer un lien de confiance optimal avec celui-ci. Puis, qu'il le confronte à la violence dont il est atteint et par-dessus tout, qu'il l'aide à s'exprimer (en puisant dans ses ressources personnelles) sans toutefois, qu'il se laisse submerger lui-même par les propos émis. En d'autres termes, le thérapeute va servir de contenant et de témoin. Il devra donc être capable d'instaurer et de maintenir un cadre thérapeutique afin d'optimiser d'avantage la prise en charge. Le but ici n'est pas uniquement de psychanalyser le traumatisé mais d'interagir avec lui.

Cette thérapie s'appuie ainsi sur le principe de sollicitude. Le thérapeute va en effet essayer de se mettre à la place du sujet et comprendre ce dont il souffre. Pour cela, la mise en mots des maux de la part du soigné est nécessaire.

Effectivement, le témoignage permet à celui-ci de se confronter en partie à soi-même et par conséquent, de se redécouvrir. Ce sentiment, qui peut être perçu comme intrusif, peut faire peur mais il peut également être source d'apaisement pour lui.

Il faut en outre, qu'il ait bien conscience que chaque individu est à même de devenir un jour, un traumatisé.

De plus, il faut savoir que la psychanalyse est définie en temps et en lieu et peut se dérouler de manière systémique ou non. Le projet thérapeutique se réalise généralement en plusieurs phases et demande donc du temps et doit en permanence, s'effectuer avec la compliance du soigné. Par ailleurs, lors d'un traumatisme, il y a une destructuration temporelle qui survient dans la psyché de l'individu. C'est pourquoi, le temps doit être bien pris en compte. Dans une psychanalyse, le thérapeute sert donc de régulateur au niveau de la dimension temporelle du patient. En d'autres termes, il lui permet de se restructurer et de réinscrire son passé dans sa psyché. Le traumatisé va alors pouvoir se réadapter et par conséquent, anticiper les situations qui lui sont initialement angoissantes. Son anxiété va alors être réduite. Ce travail d'élaboration psychique du patient, pour qu'il soit optimal, doit impérativement être observé et analysé assidument par le psychiatre.

Une problématique liée à la nature même du PTSD et qui peut poser problème lors d'une psychanalyse, est le blocage mnésique du traumatisé. Cela entraîne effectivement un paradoxe, puisque un travail sur la mémoire de la victime est indispensable. Celle-ci est pourtant comme figée sur un instant précis. Cette répétition du traumatisme est par ailleurs et comme nous l'avons déjà dit dans le chapitre concernant la définition du PTSD, appelée « traumatophilie ».

D'autres complications peuvent survenir lors d'une thérapie. En effet, elle fait souvent ressortir chez les patients, certains ressentis tels que la colère, la tristesse, etc. Il est donc important que les soignants qui les prennent en charge, ne soient pas trop jeunes et qu'ils aient les connaissances requises. Il est connu d'ailleurs que les bénévoles se retrouvent souvent en difficulté face à ce type de situation. Ces ressentis sont par ailleurs, le résultat de l'émergence de mécanismes de défense chez le traumatisé auxquels le thérapeute doit faire face. Ceux-ci vont par la suite engendrer des réactions multiples et diversifiées qui pourront être insidieuses ou observables. Si elles sont rapidement exprimées et mentalisées, elles deviennent alors transitoires. Le sujet lésé va ainsi se servir de ces défenses afin d'affronter l'événement traumatique.

Un autre point qui doit être pris en considération par le personnel soignant spécialisé en psychiatrie s'occupant de traumatisés, sont les notions freudiennes de transfert et de contre-transfert. En effet, les thérapeutes peuvent à leur tour souffrir des mêmes maux que leurs patients. Il peut arriver il est vrai, que ceux-ci soient sidérés (ils n'arrivent plus à penser et agir) ou fascinés (ils subliment le traumatisme). Une distance thérapeutique doit donc être mise en place. Le problème est qu'il ne faut pas non plus que le soignant en santé mentale mette une trop grande distance avec le soigné car il sert avant tout à ce dernier de contenant psychique.

Il est en outre important qu'il ne se contente pas uniquement d'exposer son savoir. Des explications, une écoute attentive, une ouverture d'esprit ainsi qu'un partage de ressentis doivent être intégrés dans la thérapie. B. Bierens de Haan (2005) résume bien ceci en disant: « Et si tu les laissais parler, ils ne te demanderaient rien d'autre que de reconnaître leurs difficultés. Après, la solution, ils la trouveraient bien eux-mêmes. Si tu les écoutes comme des adultes, ils ne se comporteront pas comme des enfants ! » (p.234).

En résumé, il est préférable de la part du thérapeute qu'il dialogue ouvertement avec les traumatisés plutôt qu'il joue le rôle de l'analyste « sur son canapé ». Celui-ci doit donc être apte à écouter la violence de l'événement du patient sans toutefois en être atteint.

Il existe également des divergences d'opinions concernant le type de thérapeutes le plus à même de s'occuper d'un patient traumatisé. En effet, certains soignés estiment qu'un soignant qui n'a pas vécu de traumatisme pur, ne peut comprendre ce que cela signifie concrètement. A l'inverse, certains pensent qu'un thérapeute qui a dû faire face à un trauma, ne peut être apte à aider autrui. Ce sont des opinions qui rendent parfois les thérapies plus difficiles qu'elles ne peuvent l'être.

En tant qu'aidant, il faut donc être neutre par rapport à ce qui est exprimé par le traumatisé et ceci représente plus que de la simple empathie. Selon Briole (1994), le traumatisme n'est pas une pathologie où le savoir est absolu puisque chaque événement traumatique (guerre, catastrophe naturelle, accident, etc.) est unique et ce, de par son origine.

En effet, ce trouble est d'ordre personnel et seul le patient sait concrètement ce qu'il en est. En partageant ses ressentis, le soigné renforce le savoir du thérapeute et permet à celui-ci et de ne pas s'inscrire dans une approche simplement scientifique.

Le rôle du soignant est aussi de traiter le trauma extérieur à la psyché du sujet concerné. Il est donc nécessaire qu'il analyse les éléments environnants et antérieurs et qu'il ne se fixe pas uniquement sur l'événement traumatique. Il doit en outre, faire en sorte que ce même événement ne soit pas intégré comme une partie structurale de la psyché du traumatisé mais comme une expérience d'ordre psychique.

Autre difficulté rencontrée par les thérapeutes lors de prises en charge de PTSD est que les humanitaires, à force de côtoyer la mort, finissent par l'approprier de telle sorte qu'elle fasse partie de leur quotidien. Ils sont ainsi capables d'imaginer leur propre mort car ils en ont déjà vu tant d'autres mourir. Les psychiatres qui les prennent en charge ont eux, au contraire, une vision très pessimiste de la mort, son intrusion ou son appropriation étant considérés comme pathologiques. Il y a donc là, notion d'un conflit de pensées qui peut être néfaste pour le bon déroulement de la thérapie.

Outre la psychanalyse, d'autres approches psychiatriques peuvent être utilisées. Par exemple, les Anglo-Saxons qui comme nous l'avons déjà dit plus haut, sont plus axés sur la symptomatologie, recourent principalement à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Celle-ci contient un nombre de

séances prédéfini et limité et est connue pour avoir des effets souvent surprenants au niveau de la symptomatologie. En revanche, elle ne traite pas le patient en profondeur. Les chamboulements affectifs ne sont donc pas éradiqués.

Selon nous, aucun de ces deux types d'intervention ne prédomine l'autre. Ils sont et se doivent d'être complémentaires. Effectivement, il est primordial en tant que soignant de voir plus loin que les symptômes présentés par la personne même s'il est également judicieux, de s'orienter vers les possibles conséquences que ceux-ci engendrent afin d'anticiper et d'aider au mieux le patient à se réadapter.

Certaines prises en charge au retour sont par ailleurs spécifiques au type de traumatisme vécu par le soignant humanitaire. Par exemple, il existe un processus de soins développé par le CICR pour les victimes de prise d'otages. De manière plus précise, lorsqu'une personne a vécu en captivité très longtemps, cet organisme met en place un « sas de protection » d'une durée d'un ou deux jours pour lui laisser le temps de se réhabituer à la liberté, avant de retourner dans le « monde des vivants ». L'individu doit ainsi être accueilli, soigné, protégé et débriefé par une équipe spécialisée ainsi que par sa famille et éventuellement, par un ex-otage.

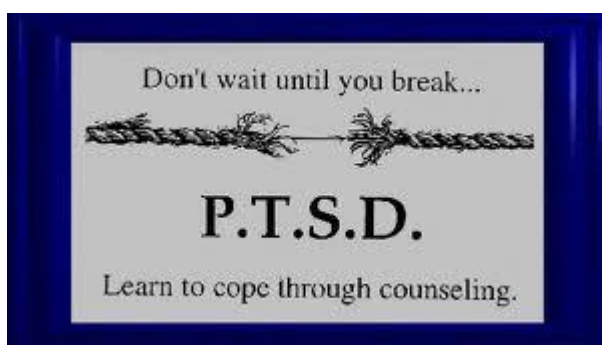
Le retour du soignant dans son pays d'origine est donc une étape non négligeable. En effet, toute personne revenant d'un contexte humanitaire, souffrant d'un PTSD ou non, a une approche de santé différente. Les idées et perspectives du sujet concernant par exemple, le système de santé de son pays d'origine, diffèrent lorsqu'il rentre de mission. Une réadaptation est ainsi inévitable.

Durant celle-ci, il est important également que l'intervenant humanitaire puisse témoigner en vue de prévenir les nouveaux collaborateurs sur les risques du métier et ce, à l'abri du regard médiatique. Nous ne parlons donc pas ici d'interviews réalisées face aux caméras. En parallèle, cela peut permettre également au principal concerné de mobiliser ses propres ressources et donc de dépasser le traumatisme. Par conséquent, le sujet lésé va éviter de s'ancrer dans un rôle de victime qui pourrait lui porter préjudice. Cette manière d'agir a été élaborée suite à plusieurs études portées sur les victimes. Il existe même un concept nommé « victimologie » qui résulte de celles-ci. Une phrase de B. Cyrulnik, cité par B. Bierens de Haan (2005), résume bien ce paragraphe: « Dans un processus résilient, il s'agit de découvrir comment on peut revenir à la vie sans répéter l'agression ni faire une carrière de victime. » (p.61).

Cette méthode peut se révéler efficace si elle est bien exécutée, d'autant plus si le soignant humanitaire n'a pas bénéficié de programmes thérapeutiques spécifiques sur le terrain ou au retour. Cela est déjà arrivé et notamment lors du tsunami du 26 décembre 2004.

En conclusion, les principales organisations humanitaires proposent de nos jours un programme de prise en charge psychologique pour ses employés. Il s'agit souvent de moyens préventifs et thérapeutiques qui sont entre autres, des unités psychologiques (MSF Hollande), des équipes mobiles de psychiatrie (méthode la plus utilisée), des groupes de parole (MSF France), une participation de psychologues à la préparation des missions (lors des stages des intervenants et

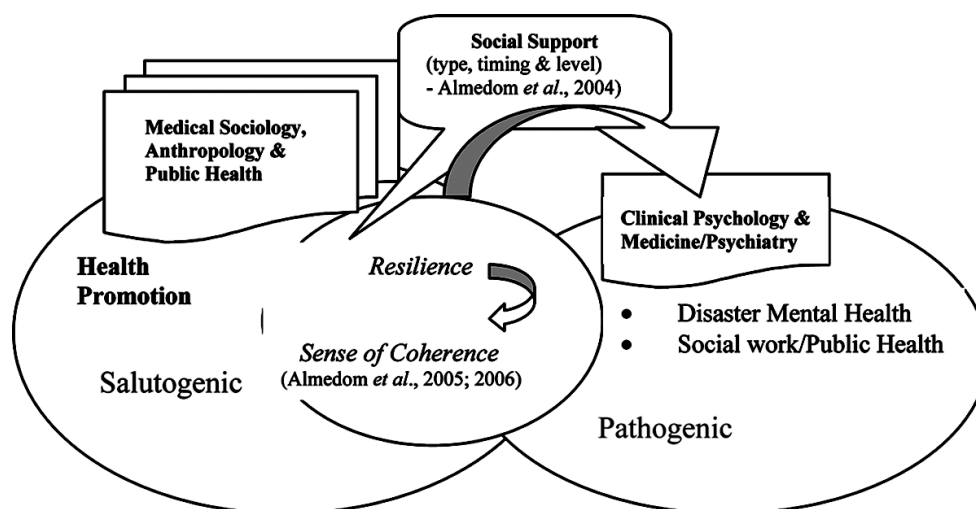
des réunions de travail) ainsi que la distribution d'une liste de psychologues individuels à chaque travailleur humanitaire (spécifique au retour de mission).



Tiré de : www.home.earthlink.net, 2012

Néanmoins, selon Omidian (2001), toutes les ONG n'ont pas élaboré des projets de prise en soins et la plupart n'en parlent même pas. Il semble donc pertinent que les institutions humanitaires continuent à mettre en place des programmes de soutien pour les travailleurs et inscrivent d'avantage de démarches approfondies dans la recherche. L'étude et la publication d'études sur le sujet semble aussi judicieux. Il ne faut pas négliger en outre, que le partage d'expériences (groupes de parole par exemple) sur le terrain entre différents soignants humanitaires est bénéfique. Les ONG pourraient également proposer des postes administratifs aux soignants dès leur retour afin qu'ils soient encore acteurs dans l'humanitaire sans toutefois, repartir sur le terrain.

Une bonne réhabilitation physio-psycho-sociale demande donc un soutien inconditionnel de la part de l'organisme pour lequel il travaille. Nous pouvons ainsi constater que l'institution humanitaire a un grand rôle à jouer auprès de ses employés et ce, en phase pré, per et post-mission. Cette évidence rejoint la citation de B. Bierens de Haan (2005) qui dit: « Il n'est plus licite de laisser partir sur le terrain des sauveteurs qui ne soient pas soigneusement recrutés, dûment préparés à leur mission, soutenus durant l'action et surtout bien accueillis au retour. » (p.239).

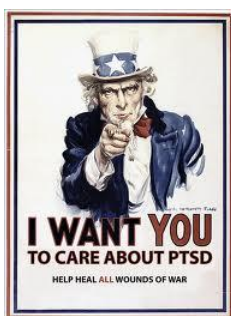


Tiré de : A. M. Almedom et D. Glandon, 2007

Le schéma ci-dessus reprend bien l'ensemble de la prise en charge mis à disposition du personnel humanitaire ayant subi un traumatisme lors d'une mission. Nous pouvons voir à travers celui-ci, les trois types de prise en soins (primaire, secondaire et tertiaire) que nous avons présenté précédemment et qui sont par-dessus tout, en étroite corrélation. Nous pouvons ainsi observer qu'il existe un large panel de possibilités au sein du processus thérapeutique telles que la promotion de la santé, le support social ainsi que les thérapies cliniques s'appuyant notamment sur les ressources du soigné (résilience). En outre, la recherche a aussi un rôle à jouer dans les prises en charge.

Celle-ci s'est d'ailleurs développée ces dernières années. En effet par le passé, il existait peu d'études sur les intervenants, hormis celles réalisées par Mitchell et Everly en 1993, par Mitchell et Bray en 1990, ainsi que par Williams et *al.* en 1988. Summerfield l'a d'ailleurs précisé en 1999, en affirmant que les seules recherches sur le sujet concernaient principalement les Casques Bleus. Omidian a par ailleurs ajouté en 2001, qu'il n'existait pas encore à ce moment-là, d'évaluation de la prévalence des troubles du registre traumatique.

Désormais, les recherches sur cette problématique sont plus nombreuses et certaines d'entre elles se portent notamment sur l'aspect transférentiel du PTSD entre un individu qui en souffre et son entourage (par exemple, les familles). En 2003, une autre avancée concernant ce syndrome a également vu le jour. En effet cette année-là, Kasparsen et Matthiesen ont déduit que certains soignants humanitaires lors d'un traumatisme collectif ou individuel, étaient plus affligés par une exposition indirecte à la violence que directe.



Tiré de : www.ptsdhotline.com, 2012

« En deux mots »

La prise en charge a bien évolué au fil du temps.

Elle est divisée désormais en trois phases: primaire, secondaire et tertiaire.

Concernant la phase primaire, celle-ci est préventive (recrutement, préparation, etc., du personnel soignant).

Au niveau de la phase secondaire, celle-ci représente le soutien (matériel, psychique, etc.) apporté sur le terrain.

Pour contrer le stress cumulatif présent lors de missions, certaines ONG mettent d'ailleurs en place la formule des « 3-R », qui sont: repos, repas et relation.

En cas de stress traumatique, la formule des « 3-T » (« talk, time, tears ») est également préconisée par bon nombre d'institutions humanitaires.

La phase tertiaire elle, s'effectue au retour d'une mission et se constitue généralement de débriefings.

En cas de PTSD diagnostiqué, une thérapie psychiatrique (TCC ou psychanalyse) est ensuite mise en place.

Durant la thérapie, le psychiatre doit faire très attention à son attitude professionnelle.

Il existe d'ailleurs plusieurs types de difficultés lors d'une thérapie tels que le transfert d'émotions insurmontables du patient au psychiatre ou le mutisme du soigné, etc.

Malgré les probables obstacles thérapeutiques, le témoignage reste extrêmement important pour l'individu en souffrance ainsi que pour la collectivité.

Les ONG ont quasiment toutes mis en place un programme de soutien en pré, per et post-mission mais elles n'en parlent pas ou peu.

La prise en charge est donc globalement constituée de différents aspects (promotion de la santé, support social, thérapies cliniques s'appuyant sur les ressources du traumatisé, recherche, etc.).

V. Conclusion

Nous allons maintenant conclure notre travail en reprenant tout d'abord et ce, de manière brève, tous les points évoqués précédemment. Ensuite, nous allons vous parler des difficultés rencontrées durant l'élaboration de ce mémoire. Puis, nous allons continuer en vous présentant les perspectives liées au sujet choisi. Enfin, nous allons terminer notre travail en vous faisant part de nos avis personnels.

Ainsi, à travers ce travail, nous avons pu constater que ce sujet a grandement évolué ces dernières années. Il reste toutefois relativement méconnu du grand public. C'est pourquoi, il nous a semblé pertinent de s'y intéresser. D'autant plus qu'il comprend deux dimensions de notre profession, celle de la psychiatrie et celle de l'humanitaire qui ne nous laissent pas indifférents. En effet, nous avons tous les trois un attrait certain pour ces domaines-ci de la santé. Intérêt qui s'est renforcé d'avantage d'une part, suite à notre voyage commun au Sénégal où nous avons pu expérimenter quelque peu le monde de l'humanitaire. Et d'autre part, par la confirmation de notre orientation professionnelle (suite à nos stages), qui n'est autre que la psychiatrie.

Afin de mieux comprendre et présenter notre mémoire, nous avons décidé d'aborder le sujet de celui-ci, de manière holistique. Il nous a semblé par ailleurs nécessaire de se consacrer uniquement au PTSD (approche psychiatrique) ainsi qu'aux soignants humanitaires (approche humanitaire). Nous avons voulu à travers cela, éviter de parler d'autres traumatismes psychiques (états confuso-oniriques, états de conversion hystérique, etc.) ou d'autres profils de victimes (soldats, civils, etc.), même si nous avons parfois évoquer ceux-ci. En effet, nous craignons de nous éparpiller et par conséquent, de perdre notre fil conducteur, reflet de la pertinence de notre travail. Ainsi, nous avons réduit la matière à traiter et nous l'avons structurée en divers et multiples chapitres et sous-chapitres.

A travers ceux-ci, nous avons pris conscience que le PTSD est une pathologie ayant de lourdes conséquences physio-psycho-sociales, possédant plusieurs phases d'évolution et que son développement dépend de nombreux facteurs favorisant. Par ailleurs, nous avons pu constater que cette affection psychique est connue depuis plus longtemps que ce que nous imaginions initialement mais qu'elle a été réellement prise en compte et étudiée que récemment. Nous avons pu observer en outre, qu'il existe désormais différents programmes de soutien aux expatriés traumatisés au sein des ONG et qu'ils se déroulent en plusieurs phases. Nous avons remarqué de plus, que ceux-ci sont en étroite corrélation avec les ressources personnelles, institutionnelles et environnementales dont disposent les soignants humanitaires. Enfin, nous avons pu découvrir de nombreux et différents profils d'intervenants humanitaires qui s'inscrivent dans un domaine professionnel qui a connu une évolution majeure au fil du temps.

Ces observations nous ont permis de répondre à nos interrogations de base qui concernaient les différents programmes de soutien proposés par les ONG à leurs employés, les ressources utilisées par les intervenants humanitaires, les conséquences de la survenue d'un PTSD chez un expatrié, les définitions

concrètes d'un soignant humanitaire ainsi que du syndrome de stress post-traumatique, les facteurs favorisant d'un PTSD et pour finir, l'évolution de l'humanitaire ainsi que celle du PTSD.

Durant l'élaboration de notre travail, nous avons connu quelques difficultés qui nous ont contraint à faire des choix. Tout d'abord, en réalisant nos recherches de documentation, nous nous sommes rapidement rendus compte que le manque de textes traitant des infirmiers dans l'humanitaire allait nous poser problème. C'est pourquoi, nous avons dû élargir la population cible que nous visions. Nous nous sommes donc pour ainsi dire, concentrés sur les soignants humanitaires en général.

Par ailleurs, lors de nos investigations bibliographiques, nous avons également ressenti des difficultés face à certains documents dont le contenu psychanalytique était parfois complexe, de part le fait notamment, qu'il nous était inconnu initialement. De plus, ceux-ci n'étaient pas forcément en français. En effet, les textes traitant de notre sujet n'étaient pas nombreux dans la langue de Molière, ce qui nous a obligé à lire de nombreux documents en anglais.

Une autre difficulté que nous avons rencontrée lors de l'élaboration de notre mémoire concerne les personnes travaillant dans l'humanitaire que nous souhaitions interviewer. Effectivement, les travailleurs humanitaires sont très souvent en déplacement et il est difficile de les rencontrer entre deux missions. Nous avons ainsi souvent dû patienter plusieurs jours voire semaines avant d'avoir des réponses et nous avons eu quelques difficultés à trouver des dates qui convenaient à tous. Nous avons dû par conséquent, nous résoudre à interviewer un nombre restreint de personnes. Il en a été de même pour les ONG, où nous nous sommes fixés uniquement sur les plus reconnues et qui ne sont autres que MSF et le CICR. Effectivement, les autres institutions étaient difficilement accessibles. L'autre restriction qui s'est présentée à nous concerne les pathologies psychiques que nous souhaitions aborder. Nous avons dû il est vrai, nous résoudre à étudier uniquement le PTSD car il s'agissait selon nous, de l'atteinte psychologique entraînant le plus de répercussions chez les humanitaires.

Nous avons aussi connu des complications lorsque nous avons recherché des données statistiques probantes. Il s'est révélé que celles-ci étaient difficiles à trouver et souvent contradictoires. En effet, les différentes recherches et ONG ne s'accordent généralement pas sur leurs chiffres. Nous avons donc décidé de ne pas utiliser ces données. Ainsi, pour ces multiples raisons, notre mémoire s'inscrit d'avantage dans une démarche qualitative que quantitative.

A certains moments du travail, nous avons en outre parfois craint de manquer d'objectivité et d'être trop jugeant. En effet, il s'agit d'un sujet sensible qui peut tous nous concerner et qui peut ainsi faire ressortir certaines émotions liées à des événements vécus antérieurement. Nous avons également dû faire attention à ne pas juger les ONG par rapport aux prises en charge qu'elles proposent à leur personnel.

De plus, il était parfois difficile de poursuivre notre mémoire étant donné les autres tâches estudiantines qui nous incombaient parallèlement (stages, examens, travaux de groupes, etc.). Il a donc fallu par moments, interrompre celui-ci et il était par conséquent, ardu de s'y consacrer à nouveau.

En prenant conscience des limites de notre travail, nous nous sommes également rendus compte des perspectives qu'il peut ouvrir. En effet, en tant que futurs infirmiers, il nous semblerait intéressant d'effectuer des recherches axées spécifiquement sur la profession infirmière. Effectivement, celle-ci est grandement représentée dans le milieu humanitaire et pourtant, les recherches lui étant consacrées sont peu nombreuses. Par ailleurs, une étude quantitative présentant des statistiques concrètes sur l'incidence et la prévalence du PTSD chez les intervenants humanitaires par exemple, pourrait être judicieuse de par son utilité. En outre, il serait pertinent que les chercheurs s'intéressent d'avantage à d'autres ONG moins connues que MSF et le CICR. Il est vrai qu'à ce jour, il existe probablement d'autres types de programme de soutien pouvant être tout aussi efficaces. D'autre part, la pauvreté des documents rédigés en français traitant ce sujet nous incite à penser qu'il faudrait peut-être que d'avantage de chercheurs francophones s'y consacrent.

Arnaud:

D'un point de vue personnel, je dirais que ce travail m'a permis de mieux comprendre en partie le monde humanitaire et plus précisément, ce qu'il engendre positivement ou négativement. En effet, j'avais comme tout un chacun, certaines idées préconçues concernant ce domaine. La plupart d'entre elles se sont révélées vraies tandis que d'autres, non.

Ainsi, les résultats obtenus et observés par moi-même et mes camarades constituent la principale richesse selon moi, de ce travail. Effectivement, comparer mes représentations de base avec les études traitées durant ce mémoire a été très constructif pour moi. Il en est de même concernant le domaine psychiatrique. Là aussi, j'en ai appris beaucoup sur ce domaine de la santé et notamment sur certains processus adaptatifs complexes par exemple.

Je suis donc content d'avoir pu acquérir bon nombre de connaissances sur deux aspects de la profession infirmière qui, malgré quelques différences, sont en étroite corrélation. D'autant plus que je porte un intérêt majeur à ceux-ci et ce, depuis longtemps. Je désire travailler d'ailleurs en psychiatrie et peut-être ultérieurement, dans l'humanitaire. Le choix de la thématique de ce mémoire n'est donc pas un hasard.

Pour ma part, je pense que nous avons traité le sujet de manière holistique et relativement complète en faisant par ailleurs, des liens avec notre expérience commune au Sénégal où nous avons pu appréhender dans une moindre mesure, le monde humanitaire. Bien sûr, certains points de cette thématique peuvent encore être d'avantage étayés alors que d'autres je pense, restent encore à découvrir. J'estime toutefois que nous avons fourni un travail conséquent qui nous a bien évidemment pris beaucoup de temps, même si pour ma part, je m'attendais à cela.

Par ailleurs, les principales difficultés que j'ai rencontré sont d'une part et comme dit précédemment de manière commune, le fait que peu de textes en français sur le sujet existent, ce qui a rendu parfois la compréhension d'une étude plus laborieuse et d'autre part, la complexité de certaines théories

psychanalytiques où mon manque de connaissances en santé mentale, ne m'a pas forcément aidé.

En conclusion, malgré certains moments difficiles où ma motivation s'estompait quelque peu, je suis très content et fier d'avoir élaboré ce mémoire et ce, en compagnie de deux personnes qui ont su travailler de manière optimale. La collaboration avec ceux-ci a d'ailleurs toujours été excellente malgré des avis parfois divergents. En effet, il s'agit-là de camarades ayant une grande conscience professionnelle et avec lesquels, j'ai beaucoup d'affinités, ce qui a ainsi facilité l'élaboration de ce travail.

En outre, je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes qui nous ont accordé du temps et par conséquent, aidé pour ce mémoire. De manière plus précise, il s'agit-là des gens que nous avons interviewé, des enseignants qui nous ont suivi initialement, de notre juré présent lors de la soutenance et surtout, de Mme I. Villommet. Effectivement, sans elle, il est possible que nous aurions pu connaître d'avantage de difficultés. Un grand travail d'équipe a donc été fait afin de, je pense et je l'espère surtout, mener à bien ce mémoire.

Aurélien:

Personnellement je tire un bilan très positif de ce travail de mémoire qui m'a énormément apporté tout au long de sa réalisation. Tout d'abord, il a été l'occasion d'un véritable travail d'équipe et de collaboration avec de nombreux intervenants. Le fait d'être trois pour mener ce mémoire à terme a été une force, même si cela implique également quelques difficultés. Nous avons pu confronter nos idées, rechercher des compromis et nous soutenir les uns les autres. Ces éléments sont extrêmement importants dans notre future profession étant donné que nous serons amenés à travailler en équipe. Il nous est bien évidemment arrivé d'être en désaccord mais nous avons toujours su trouver un consensus et cela n'a fait qu'enrichir notre production.

Ce travail de Bachelor a également été l'occasion de rencontrer plusieurs professionnels du milieu humanitaire qu'ils soient soignants, responsables de mission ou des ressources humaines. Cela a été très enrichissant et m'a permis d'en apprendre beaucoup sur les professions de l'humanitaire et le travail interdisciplinaire qui existe dans ce domaine. De même, nos échanges avec les enseignants (notamment et surtout notre directrice de mémoire) qui nous ont aidé et soutenu durant cette aventure ont été très enrichissants et bénéfiques. Nous avons fait attention à prendre en compte les remarques qui nous étaient adressées et n'avons pas hésité à nous remettre en question dans le but d'améliorer au mieux notre mémoire.

Ce dernier m'a en outre, permis de développer des compétences dans la recherche. En effet, j'ai appris à réaliser des fiches de lecture, des grilles d'entretien, des recherches par mots-clefs ainsi que rédiger et structurer un travail écrit conséquent. La recherche est une notion importante dans le milieu infirmier car il permet à ce dernier d'évoluer constamment et j'espère toujours garder la curiosité scientifique qui m'a accompagné tout au long de notre projet.

Par ailleurs, ce travail m'a également offert l'opportunité d'approfondir mes connaissances du domaine psychiatrique et des différentes prises en soins

existantes, ce qui me sera très utile pour la suite. J'ai effectivement comme projet de travailler en tant qu'infirmier en psychiatrie.

Néanmoins, j'ai également connu des difficultés en réalisant ce mémoire. En effet, il m'est arrivé d'avoir des baisses de motivation devant l'ampleur de la tâche ou lorsque des textes se révélaient trop abscons à cause de leur complexité ou de la barrière de la langue. J'ai aussi personnellement de la peine à être synthétique et j'ai parfois éprouvé de la frustration en devant abandonner certaines pistes de travail. Cependant, mes collègues, nos enseignants et mon entourage ont toujours été là pour m'encourager.

En résumé, je suis fier du travail que nous avons effectué qui est conséquent et de qualité et j'espère qu'il pourra être utile à la collectivité que ce soit pour des futurs infirmiers voulant s'engager dans l'humanitaire ou des personnes voulant en savoir plus sur la problématique du PTSD. C'est pourquoi je tiens à remercier toutes les personnes qui nous ont aidé et soutenu depuis le début de ce mémoire qui restera quoi qu'il en soit, une expérience inoubliable et enrichissante en lien avec notre stage au Sénégal.

Bruno:

En ce qui me concerne, ce travail de Bachelor m'a permis de partager et d'échanger mes connaissances et mes avis personnels avec mes camarades. Il a fallu en effet, trouver des terrains d'entente à travers divers débats. Cela m'a par conséquent permis d'apprendre à fonctionner en groupe dans un travail long et régulier. D'autant plus que notre dynamique de groupe a été bonne et nous a permis de se mettre d'accord quant aux choix du sujet et des thèmes que nous allions aborder. Bien que ces thèmes soient « incontournables » d'un point de vue soignant, ils ne sont en outre pas toujours faciles à développer. Par exemple, intégrer le sous-thème de la prise en charge de ces personnes souffrantes, nous a paru laborieux mais toutefois primordial pour élaborer notre travail et ce, en mettant en avant notre positionnement de futurs professionnels qui un jour, devront peut-être prendre en soins cette population.

J'ai pu également par le biais de notre travail, me rendre compte des liens qui existent entre la psychologie et l'humanitaire.

Un travail de recherche comme celui-ci demande en outre beaucoup d'investissement, notamment dans la phase précédant la rédaction. En effet, il n'a pas été toujours facile de trouver de la documentation pertinente, référencée et actualisée sur le sujet qui reste encore très récent et très controversé dans le milieu humanitaire. Dans la façon de rechercher les informations, j'ai appris aussi de nombreux aspects à prendre en compte, comme l'importance de la formulation de la question de recherche et des mots-clés investigués par exemple. Un autre aspect tout aussi important: maîtriser l'anglais. En effet, nombreux sont les ouvrages rédigés en anglais et nombreuses sont les études réalisées par des anglophones. En les lisant, ceci m'a donc permis de perfectionner mon anglais et surtout mon « anglais médical », ce qui me sera fort utile dans l'avenir.

Pour finir sur ce dernier, je pense que le thème que nous avons traité prend et prendra de plus en plus d'ampleur, tant dans la société que dans les institutions.

Par ailleurs, il est de notre devoir de citoyen d'accepter la différence, de ne pas juger et de respecter autrui. Il faut également selon moi, être à l'écoute et soigner de la meilleure façon possible, la personne.

Quant à moi, je pense effectuer un jour une mission humanitaire afin d'aller apporter mon aide au-delà des frontières, où les besoins sont différents et que le manque de ressources fait qu'ils deviennent parfois insurmontables.

VI. Bibliographie

- Action Contre la Faim. (2008). *Fiche defusing : ACF_Stress_Management*. (Document non publié). Action Contre la Faim Paris. Accès <http://www.missions-acf.org/kitemergency/FR/5.%20Boite%20%C3%A0%20Outils%20ACF-Paris/5.14%20Gestion%20du%20Stress/04%20-%20Defusing%20Gestion%20du%20Stress%20052008.pdf>
- Almedom, A.M. & Glandon, D. (2007). Resilience is not the Absence of PTSD any More than Health is the Absence of Disease. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 12(2), 127-143.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders* : 4. Washington : APA.
- Asensi, H., Bailly, L., Baubet, T., Grappe, M., Ismael, F., Lachal, C., ... Vandini, P.-P. (2003). *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*. Paris : Dunod.
- Bergeret, J. (1984). *La violence fondamentale*. Paris : Dunod.
- Bierens de Haan, B. (2005). *Sauveteurs de l'impossible*. Paris : Belin.
- Boilot, J. (2011). *La sidération*. Accès <http://www.jacquelineboilot.com/alloallomercure/la-sideration/>
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers* 3(67), 68-83. Accès <http://eps30mots.net/admin/Repertoire/fckeditor/file/Articles/Coping/concept-stress-coping.pdf>
- CICR. (2012). *Comité International de la Croix-Rouge*. Accès <http://www.cicr.org/fre/index.jsp>
- CICR. (2002). *Le programme de soutien psychologique des intervenants humanitaires du Comité International de la Croix-Rouge(CICR)*. Accès <http://www.icrc.org/web/fre/sitefre0.nsf/html/5FZJGF>
- Couvez, M. & Silva, E. (2011). *Santé et débouté : une utopie ?* (Travail de Bachelor non publié). Haute Ecole de Santé Genève.
- Cyrulnik, B. (2008). *Le Figaro Magazine*. Accès <http://www.lefigaro.fr/lefigaromagazine/2008/10/18/01006-20081018ARTFIG00074--boris-cyrulnik-l-homme-de-la-resilience-.php>

- Eriksson, C.B., Vande Kemp, H., Gorsuch, R., Hoke, S. & Foy, D.W. (2001). Trauma Exposure and PTSD Symptoms in International Relief and Development Personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 205-212.
- Freud, A. (1936). *Le Moi et les mécanismes de défense*. Paris : P.U.F.
- Freud, S. (1894). *Névrose, psychose et perversion*. Paris : P.U.F.
- Herbert, C., Brunet, A. & Wemmers, J.A. (2012) *Journal International de Victimologie*. 28(1), 1-7. Accès <http://www.jidv.com/njidv/index.php>;
- Hunt, M.R. (2009). Moral Experience of Canadian Healthcare Professionals in Humanitarian Work. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(6), 518-524.
- Josse, E. (2007). *Le stress Quelques repères notionnels*. (Document non publié). ASAB La Hulpe.
- Josse, E. (2006). *Le défusing du personnel humanitaire affecté par un incident critique*. Accès http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/Defusing_humanitaire.pdf
- Klein, M. (1959). *La psychanalyse des enfants*. Paris : P.U.F.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : P.U.F.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.
- Meinhardt, C. & Noyer, E. (2012). *Gestion du Stress en Mission*. (Document non publié). Médecins Sans Frontières Genève.
- Meinhardt, C. (2009). *Social support, institutionnal support : a key element in the prevention of burnout and PTSD*. (Document non publié). Médecins Sans Frontières Genève.
- Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé : résumé*. (Document non publié). OMS Genève.
- Postel, J. (1998). *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*. Paris : Larousse-Bordas.
- Psychoactu. (2005). *Accueil*. Accès <http://www.psychactu.org/documents/resilience>.
- Pugliese, M., Schorer, E. & Chatelain, B. (2011). *Guide pour la présentation des travaux écrits et des références bibliographiques (style APA)*. (Document non publié). Haute Ecole de Santé Genève.
- Rey, A. (2011). *Le Grand Robert de la langue française*. Paris : Dictionnaires Le Robert.

- Schaefer, C.F., Blazer, D.G., Carr, K.F., Connor, K.M., Burchett, B., Schaefer, C.A. & Davidson, J.R.T. (2007). Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Cross-Cultural Mission Assignments. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 529-539.
- Seyle, H. (1975). *Le stress de la vie - Le problème de l'adaptation*. Paris : Gallimard.
- Shigemura, J., Nomura, S. (2002). Mental health issues of peacekeeping workers. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56, 483–491.
- Siddharth, A.S., Garland, E. & Katz, C. (2007). Secondary Traumatic Stress: Prevalence in Humanitarian Aid Workers in India. *Traumatology*, 13(1), 58-70.
- Walsh, D.S. (2009). Interventions to reduce psychosocial disturbance following humanitarian relief efforts involving natural disasters: An integrative review. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 231-240.
- Westen, D. (2000). *Psychologie, pensée, cerveau et culture*. Paris : DeBoeck Université.

Annexes

Annexe I: Lexique.....	II
Annexe II: Grille des questions.....	V

Annexe I: Lexique

Stress:

L'endocrinologue H. Seyle, est le premier à avoir introduit la notion de « stress » en médecine (qu'il a nommé « Syndrome Général d'Adaptation ») en 1956. Il le définit alors comme une « réponse non spécifique de l'organisme à toute sollicitation. » (Seyle, 1975, p.9).

Toujours selon H. Seyle (1975), le stress évolue selon trois phases: la phase d'alarme (réaction de l'organisme), la phase de résistance (adaptation de l'organisme) et la phase d'épuisement (l'organisme a épuisé ses ressources).

Si la réponse au stress est adaptée à la situation, nous parlons de « bon stress » ou d'« eustress », qui est une force positive nécessaire à la survie. Au contraire, si la réponse est inadaptée ou si le stress se prolonge trop longtemps, nous parlons de « mauvais stress » ou de « distress ».

Cette approche biologique a depuis été complétée par différents auteurs qui ont mis en avant l'importance de la cognition et des aspects psychologiques dans le développement du stress. En effet, celui-ci dépend de nombreux facteurs et est propre à chaque individu. Une même situation ne provoquera pas forcément un stress chez toutes les personnes qui y sont confrontées. Le stress est donc également un phénomène perceptif et individuel dépendant de la cognition. Nous devons ces observations à Lazarus et Folkman (1984) qui ont notamment introduit la notion de « coping » et qui ont développé par ailleurs, le modèle transactionnel du stress.

Defusing:

Selon Action Contre la Faim (2008), il s'agit d'un terme anglo-saxon qui peut être traduit par « déchoquage » ou encore « désamorçage ».

Le but de cette thérapie est de verbaliser les émotions ressenties rapidement après la survenue d'un traumatisme. Elle peut se faire de manière individuelle ou en petits groupes et ne dure généralement pas longtemps (de 15 à 45 minutes maximum).

Le defusing doit permettre plus précisément aux victimes de traumatisme, de se décharger émotionnellement, de réduire les fortes réactions émotionnelles et d'intégrer l'événement traumatique par le langage.

Névrose:

Ce terme psychiatrique utilisé notamment en psychopathologie psychanalytique, a été évoqué pour la première fois en 1769 par le médecin écossais William Cullen.

Il sera ensuite bien-sûr repris par Freud qui le définira comme un trouble psychique.

Plus récemment, J. Laplanche et J.-B. Pontalis (1967), l'ont décrit comme une « affection psychogène où les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet et constituant des compromis entre le désir et la défense. ».

Emotions:

Les émotions sont une notion vaste et complexe à définir. Il n'existe d'ailleurs pas de définition qui fasse réellement l'unanimité. Pour notre part, nous avons choisi de citer Westen (2000): « L'émotion est une réponse d'évaluation (un sentiment positif ou négatif) qui se caractérise par une combinaison d'activation physiologique, d'expérience subjective et d'expression comportementale ou émotionnelle. ».

Mécanisme de défense:

Les mécanismes de défense ont été décrits en premier par Freud en 1874.

Laplanche et Pontalis (1967), les décrivent eux, comme un « ensemble d'opérations dont la finalité est de réduire, supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu psychobiologique. ».

Violence:

L'OMS (2002) définit la violence comme:

l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence. (p.13).

Coping:

Le coping peut être défini comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». (Lazarus & Folkman, 1984, p.141).

Sidération psychique:

Il s'agit d'un mécanisme psychique intervenant au moment de l'événement traumatique chez la victime. Il consiste selon J. Boilot (2011), en un blocage complet qui a pour but de protéger l'individu de la souffrance en s'en distançant et en la bloquant.

Burn-out:

Le psychanalyste américain H.-J. Freudenberger, est le premier à décrire cette notion en 1974 comme la perte de motivation d'un individu pour son travail surtout si son implication ne lui permet pas d'obtenir les résultats espérés.

Le burn-out (également appelé épuisement professionnel) est décrit en 2005 par Catherine Le Galès-Camus (sous-directeur général en charge des maladies non transmissibles et de la santé mentale à l'OMS), comme étant caractérisé par un sentiment de fatigue intense de même qu'une perte de contrôle et l'impression d'être dans l'incapacité d'avoir des résultats positifs.

Annexe II: Grille des questions

1) Pourriez-vous vous présenter brièvement et nous raconter votre parcours professionnel?

Relances possibles: Pourquoi avoir choisi l'humanitaire? Qu'est-ce qui vous a attiré dans ce domaine? Quel est votre rôle au sein de l'organisation?

But de la question: Connaître la personne, identifier ses compétences dans le domaine et en quoi elle peut enrichir notre travail.

2) Etes-vous déjà parti en mission? Comment cela s'est-il passé?

Relances possibles: Avez-vous une expérience pratique, des vrais enjeux rencontrés sur le terrain? Quelles sont les situations types qui vous ont marqué?

But de la question: Connaître l'expérience de terrain de la personne. Connaître les enjeux du terrain et les situations difficiles qui peuvent être sources de traumatismes d'un point de vue personnel.

3) Quel est le profil type des engagés humanitaires?

Relances possibles: Quelles sont leurs motivations et leurs attentes principales? Quelles sont les valeurs et principes qui animent les engagés humanitaires et qu'est-ce qui les amène à choisir cette voie tout de même difficile?

But de la question: Connaître le type de population concerné par notre problématique.

4) Quel genre de difficultés rencontrent-ils sur le terrain? Puis à leur retour?

Relances possibles: Auriez-vous un exemple concret d'une situation à nous donner? Quelles sont les situations où les missions sont les plus stressantes, les plus à mêmes de provoquer des traumatismes psychologiques?

But de la question: Connaître les situations qui peuvent être vécues difficilement par les intervenants. Connaître les origines de l'état de stress post-traumatique dans le milieu humanitaire.

5) Quel soutien, qu'il soit personnel ou institutionnel, est mis en place pour le personnel humanitaire?

Relances possibles: Existe-il un soutien pour les intervenants humanitaires engagés au sein de votre institution? Comment cela se passe-t-il dans votre organisation? Et en général? Quels sont les résultats obtenus?

But de la question: Déterminer si la prise en charge est adéquate et efficace.

6) Quels seraient, d'après vous, les éléments à mettre en place pour un bon soutien psychologique au sein des organismes humanitaires?

Relances possibles: Lors de nos précédentes recherches, nous avons découvert que la prise en charge psychologique des travailleurs humanitaires était considérée comme insuffisante, qu'en pensez-vous?

But de la question: Connaître l'avis personnel de la personne interviewée sur la prise en charge de l'état stress post-traumatique ainsi que les éventuels moyens de l'améliorer.

7) Quelles sont les difficultés rencontrées pour effectuer un soutien psychologique efficace au sein d'une équipe professionnelle?

Relances possibles: Quels sont les éléments (financiers, institutionnels, logistiques, etc.) qui peuvent freiner la mise en place d'un soutien psychologique?

But de la question: Connaître les difficultés à mettre en place un programme de prévention et/ou de soutien efficace dans les organisations humanitaires.

8) Qu'est-ce qui, d'après vous, motive les travailleurs humanitaires à rechercher un soutien psychologique ou, au contraire, à fuir toute forme d'aide?

Relances possibles: Connaissez-vous personnellement des personnes ayant bénéficié d'un soutien efficace suite à leur demande ou des personnes fuyant ce soutien? Si oui quels étaient les raisons et conséquences dans chacun des cas?

But de la question: Connaître les facteurs défavorisant et favorisant une prise en charge psychologique au niveau personnel.

9) D'après vous, quel impact ont les traumatismes psychologiques sur le monde humanitaire? Quels sont ces traumatismes?

Relances possibles: Quelle est son influence sur l'engagement de nouveaux travailleurs humanitaires? Quel est l'impact financier? Comment l'image du travail humanitaire a été modifiée par la connaissance de ces traumatismes?

But de la question: Permet de connaître l'enjeu de notre sujet, l'importance qui lui est donnée dans le milieu humanitaire.

10) Que pensez-vous de l'impact de la prévention de ces traumatismes sur les travailleurs humanitaires?

Relances possibles: La prévention de l'état de stress post-traumatique est-elle efficace et serait-il possible de l'améliorer? Si oui, par quels moyens?

But de la question: Savoir si la prévention a une réelle efficacité et a amené une prise de conscience chez les intervenants humanitaires.

11) Quel est l'avenir des travailleurs humanitaires ayant subi de tels traumatismes?

Relances possibles: Les différences avec ceux qui ne savent pas ce qui les attend sont-elles flagrantes? Le fait d'avoir souffert modifie-t-il la vision de leur métier?

But de la question: Connaître les conséquences de ces traumatismes au niveau professionnel et sur le long terme.

12) De quelle manière le sujet est-il abordé au sein de votre association?

Relances possibles: Quels sont les éléments gênants ou délicats à aborder entre collègues?

But de la question: Savoir si le sujet est délicat et la manière dont il est abordé et s'il existe des tabous ou même des interdictions.

13) Que pensez-vous de l'évolution de l'état de stress post-traumatique sur le terrain?

Relances possibles: Lors de nos recherches, nous avons découvert que la situation des travailleurs humanitaires s'était détériorée ces dernières années (depuis le 11 septembre 2001) avec des agressions plus fréquentes et une aide qui n'est pas toujours reconnue en tant que telle par la population, engendrant ainsi plus de stress. Qu'en pensez-vous?

But de la question: Connaître l'évolution de ce problème sur le terrain

